POLIROM

Mircea Lăzărescu
Aurel Nireștean

TULBURĂRILE DE PERSONALITATE

PSIHOLOGIE CLINICĂ ŞI PSIHOTERAPIE

PSIHOLOGIE CLINICĂ ŞI PSIHOTERAPIE

Colecţia *Psihologie clinică şi psihoterapie* este coordonată de Ion Dafinoiu.

© 2007 by Editura Polirom

www.polirom.ro

Editura POLIROM
Iaşi, B-dul Carol I nr. 4, P.O. BOX 266, 700506
Bucureşti, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33, O.P. 37, P.O. BOX 1-728, 030174

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României:

LĂZĂRESCU, MIRCEA

Tulburările de personalitate / Mircea Lăzărescu, Aurel Nireştean. – Iaşi : Polirom, 2007

Bibliogr.

ISBN 978-973-46-0760-0

I. Nireştean, Aurel

159.923.3

Printed in ROMANIA

Mircea Lăzărescu
Aurel Nireștean

TULBURĂRILE DE PERSONALITATE

POLIROM
2007

Mircea Lăzărescu (n. 1939) este profesor de psihiatrie şi, din 1983, şeful Catedrei de Psihiatrie a Universităţii de Medicină şi Farmacie din Timişoara. Membru al Asociaţiei Europene de Psihiatrie şi al Comisiilor de Psihopatologie, Diagnostic, Nomenclatură şi Clasificare ale Asociaţiei Mondiale de Psihiatrie (WPA), a participat la înfiinţarea în România a mai multor societăţi în domeniul psihiatriei, al căror preşedinte sau vicepreşedinte a fost. De asemenea, este membru emerit al Academiei Române de Ştiinţe Medicale. Pe plan naţional şi internaţional s-a afirmat mai ales în domeniul psihopatologiei, publicând lucrări de psihopatologie antropologică, clinică, fenomenologică şi cognitivă. Interesul pentru perspectiva sociocomunitară a psihopatologiei, pentru psihoterapia şi reabilitarea psihosocială şi pentru sensul antropologic şi aspectul existenţial al pihozelor s-a concretizat în numeroase lucrări şi programe de cercetare antropologice. A publicat de asemenea mai multe volume de antropologie filosofică. Domeniul său de interes preferenţial în ultimii ani l-a constituit tema persoanei, în sens general uman şi psihopatologic. Dintre volumele publicate, amintim: *Patologie obsesivă* (Editura Medicală, Bucureşti, 1974), *Introducere în psihopatologia antropologică* (Editura Facla, Timişoara, 1989), *Psihopatologie clinică* (Editura Helicon, Timişoara, 1994), *Îndreptar de psihiatrie* (Editura Helicon, Timişoara, 1995), *Calitatea vieţii în psihiatrie* (Editura InfoMedica, Bucureşti, 1999), *Psihiatrie, sociologie, antropologie* (Editura Brumar, Timişoara, 2002).

Aurel Nireştean (n. 1953) este profesor universitar şi şeful Catedrei de Psihiatrie a Universităţii de Medicină şi Farmacie din Târgu-Mureş. Membru al Comisiei Naţionale de Psihiatrie a Ministerului Sănătăţii şi Familiei, al Asociaţiei Române de Psihiatrie Socială, al Ligii Române de Sănătate Mintală, al Academiei Oamenilor de Ştiinţă din România, al Asociaţiei Mondiale de Psihiatrie (WPA) şi al Academiei de Ştiinţe Medicale din New York, este vicepreşedintele Asociaţiei Psihiatrice Române (APR) şi preşedintele Asociaţiei Române de Studiu al Personalităţii. Coordonator a peste zece studii clinice de psihofarmacologie, autor a numeroase articole şi cercetări publicate în reviste, este, de asemenea, coautor al unor importante lucrări de specialitate, dintre care amintim: *Personalitate şi profesie* (Editura University Press, Târgu-Mureş, 2001), *Depresiile rezistente la tratament. Actualităţi clinico-terapeutice* (Editura Cromatic, Târgu-Mureş, 2003), *Tulburările din spectrul anxietăţii* (Editura Medicală Callisto, Bucureşti, 2006).

Cuprins

În loc de cuvânt înainte 9
Abrevieri 11

Partea I
Aspecte generale

Capitolul 1. Persoana şi polul individual al umanului 17
1.1. Introducere 17
1.2. Termeni frecvent utilizaţi în prezentarea polului individual al umanului 21
1.3. Psihismul biologic şi psihismul persoanei conştiente 26
1.4. Temperament şi caracter 30
1.5. Virtuţile lui Aristotel şi caracterele lui Teofrast 34
1.6. Tipologia eroilor de ficţiune 38
1.7. Portretul, fisiognomia şi bio-psiho-tipologia secolului XX 41
1.8. Cele două metode în caracteriologie 46
1.9. Perspectiva conceptului de *persoană* 47
1.10. Sensul larg al noţiunii de *persoană* 57
Capitolul 2. Psihologia persoanei – curente şi doctrine 58
2.1. Bilanţul lui Allport 59
2.2. Psihanaliza clasică a lui Freud 61
2.3. Psihologia eului şi a relaţiei obiectuale 66
2.4. Teoria ataşamentului 67
2.5. Psihologia interpersonală a lui Sullivan 69
2.6. Psihologia trăsăturilor persoanei 70
2.7. Situaţionismul lui Mischel 79
2.8. Contribuţia lui Maslow 79
2.9. Cogniţia socială – Bandura şi Rogers 81
2.10. Psihologia narativă a persoanei 84
2.11. Psihologia persoanei şi doctrina sinelui (*self*) 87

2.12. Psihologia developmentală 91
2.13. Concluzie 93

Capitolul 3. Repere ale personogenezei normale şi patologice 95
3.1. Repere personogenetice fundamentale 95
3.2. Ontogeneza personalităţii normale 99
3.3. Personogeneza patologică 116

Capitolul 4. Tulburările de personalitate. Date istorice 128

Partea a II-a

Tulburările de personalitate din perspectiva clinicii psihiatrice

Capitolul 5. Descriere clinică generală 149
5.1. Particularităţi nosologico-nosografice ale tulburărilor de personalitate 149
5.2. Tulburările de personalitate de cluster A 169
5.3. Tulburările de personalitate de cluster B 176
5.4. Tulburările de personalitate de cluster C 185

Capitolul 6. Circumscrierea generală a tulburărilor de personalitate. Severitate şi compensare 191
6.1. Perspectiva psihiatrică şi cea non-medicală a tulburărilor de personalitate 191
6.2. Elemente de caracterizare generală a tulburărilor de personalitate 195
6.3. Tipologia tradiţională şi cea recentă medico-psihiatrică a tulburărilor de personalitate şi a caracterelor 202
6.4. Clustere şi dimensiuni în descrierea şi sistematizarea tulburărilor de personalitate 210
6.5. Diagnosticul generic al tulburării de personalitate 213
6.6. Problema compensării tulburărilor de personalitate 214

Capitolul 7. Modelul dimensional al tulburărilor de personalitate 216

Capitolul 8. Diagnosticul şi evaluarea tulburărilor de personalitate 252
8.1. Obţinerea datelor pentru diagnosticul tulburărilor de personalitate 253
8.2. Evaluarea şi diagnosticul tulburărilor de personalitate implică un construct teoretic 257
8.3. Instrumentele cele mai importante de evaluare a tulburărilor de personalitate: avantaje şi dezavantaje 259
8.4. O sugestie pentru alegerea instrumentelor 267

Capitolul 9. Epidemiologia tulburărilor de personalitate 269
9.1. Studiile epidemiologice privitoare la tulburările de personalitate 270
9.2. Rezultate 275
9.3. Tulburările de personalitate în zona medicală 278
Capitolul 10. Condiţiile comorbide ale tulburărilor de personalitate 282
10.1. Medicalizarea psihiatrică a omului contemporan 283
10.2. Comorbiditatea 284
10.3. Modele ale relaţiilor dintre Axa I şi Axa II 287
10.4. Relaţia dintre Axa I, Axa II şi alte axe ale DSM-IV, din perspectivă evolutivă 299
10.5. Perspectiva integrativă a relaţiilor dintre axe şi personalitatea normală 303
Capitolul 11. Stabilitate şi schimbare în evoluţia tulburărilor de personalitate 308
11.1. Stabilitatea în timp a persoanei normale în raport cu cea patologică 309
11.2. Stabilitatea în timp a tulburărilor de personalitate 315
11.3. Studii recente 319
Capitolul 12. Tratamentul psihoterapeutic şi medical al tulburărilor de personalitate 321
12.1. Repere generice 321
12.2. Psihoterapiile în tulburările de personalitate 324
12.3. Terapiile psihofarmacologice 348
12.4. Tipuri de strategii terapeutice 354
12.5. Conceptul de *alianţă terapeutică* 358

Partea a III-a

Repere dissociale şi morale în patologia personalităţii

Capitolul 13. Problema psihopatiei 367
13.1. Perspectiva istorică 367
13.2. Tulburarea de personalitate antisocială şi psihopatia în viziunea lui Cleckley 371
13.3. Domeniul general de caracterizare a persoanei psihopate şi subtipuri de psihopatie 379
13.4. Comportamentul dissocial şi psihopatia în perspectivă dimensională 388
13.5. Aspecte etiopatogenice în dezbaterile actuale privitoare la psihopatie 391

Capitolul 14. Dimensiuni etico-morale în patologia persoanei 398
14.1. Repere istorice 399
14.2. Un posibil filtru de evaluare morală a tulburărilor de personalitate 405
14.3. Deficienţa conştiinţei morale şi limbajul 418

Bibliografie 421

În loc de cuvânt înainte

Cartea *Tulburările de personalitate* a fost scrisă, dincolo de pasiunea autorilor pentru subiect, din mai multe motive.

În primul rând, era necesară o lucrare de sinteză în limba română, datorită interesului crescut al tinerilor pentru tulburările de personalitate. Psihiatrii români se întâlnesc de mai mulţi ani la simpozioane de profil împreună cu psihologii. Dezbaterea problematicii necesită şi colaborarea sociologilor, juriştilor, criminologilor, antropologilor, eticienilor şi filosofilor.

Apoi, cărţile privitoare la tulburările de personalitate au apărut şi apar aproape numai în universul ştiinţific anglo-saxon. În Europa, în afară de cartea clasică a lui Tyrer – din Marea Britanie –, se pot cita o sinteză franceză şi unele încercări germane. Ne străduim deci să aducem o contribuţie la literatura de specialitate a continentului nostru.

Abordările ştiinţifice şi tehnice fac să treacă în plan secund, în majoritatea tratatelor, viziunea general antropologică şi cea etică. De aceea, s-a acordat o importanţă aparte istoriei conceptului de *persoană* şi a psihologiei acesteia, precum şi problematicii morale pe care o ridică mai ales psihopatia. Faptul e important în zilele noastre când, prin situaţionalism, se diluează conceptul de *persoană* şi, de asemenea, sensul etic al caracterului.

Concepţia cărţii este comună celor doi autori, inclusiv viziunea antropologică. Toate capitolele au fost analizate de ambii autori. O contribuţie aparte a avut-o, în primele şi ultimele două capitole, Mircea Lăzărescu, iar în capitolele de istorie, descriere, etiopatogenie şi tratament, Aurel Nireştean.

Dorim ca rândurile aşezate în această carte să fie receptate, de către cititorii mai mult sau mai puţin avizaţi, cu mintea şi cu sufletul, dar mai ales cu credinţa că suntem alături de ei în orice încercare de cunoaştere şi înţelegere a diversităţii antropologice a firii umane.

Aducem şi pe această cale sincere mulţumiri pentru dăruire şi acurateţe în redactarea textului colegilor noştri Jeni Blajovan, Corina Grunfeld şi László József.

Mulţumim, de asemenea, Editurii Polirom pentru amabilitatea şi căldura cu care ne-a găzduit.

Mircea Lăzărescu, Aurel Nireştean
iunie 2007

Abrevieri

5-HT	*Serotonină*
ADHD	*Attention Deficit/Hiperactivity Disorder*
APA	*American Psychiatric Association*
APFA	*Adult Personality Functioning Assessment*
CIDI	*Composite International Diagnostic Interview, Antisocial Form*
CLPS	*Colaborative Longitudinal Personality Disorders Study*
D-4	*Dopamină*
DAP	*The Dimensional Assessment of Personality*
DAPP-BQ	*The Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire*
DIB-R	*Revised Diagnostic Interview for Borderlines*
DIN	*Diagnostic Interview for Narcissism*
DIP-IV	*Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders*
DIS	*National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule, Antisocial Section*
DSM-III	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition*
DSM-IV	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition*
DSM-IV-TR	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision*
DSM-V	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition*

ECAS	*Epidemiologic Catchement Area Study*
ECT	*Electro-Convulsiv Therapy*
FFM	*Five Factor Model*
FFT	*Five Factors Theory*
ICD-10	*International Classification of Disease, 10th edition*
IIP	*Inventory of Interpersonal Problems*
IIP-PD	*Inventory of Interpersonal Problems – Personality Disorders Scale*
IPDE	*International Personality Disorders Examination*
IPDS	*Iowa Personality Disorder Screen*
KAPP	*Karolinska Psychodynamic Profile*
KSP	*Karolinska Scale of Personality Disorders*
MAO	*Mono-Amino-Oxidază*
MCMI	*The Millon Clinical Multiaxial Inventory*
MCMI-III	*The Millon Clinical Multiaxial Inventory – III*
MMPI	*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*
MMPI-I	*Minnesota Multiphasic Personality Inventory – I*
MMPI-II	*Minnesota Multiphasic Personality Inventory – II*
MMPI-PD	*Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Personality Disorders Scale*
MPD	*Tulburare depresivă monopolară recurentă*
MPQ	*Multidimensional Personality Questionnaire*
NCS	*National Comorbidity Survey*
NEO-P-I	*NEO-Personality Inventory*
NEO-PI-R	*NEO-Personality Inventory Revised*
NOS	*Not Otherwise Specified*
PCL-R	*Hare Psychopathy Checklist – Revised*
PAS	*Personality Assessment Schedule*
PDE	*Personality Disorders Examination*
PDI-IV	*Personality Disorder Interview – IV*
PDQ	*Personality Disorder Questionnaire*
PDQ-IV	*Personality Disorder Questionnaire – IV*
PSY-S	*Personality Psychopathology Five*
PSY-5	*Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Personality and Psychopathology Five Scale*

SADS	*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*
SASB	*Structural Analysis of Social Behavior Index Questionnaire*
SAP	*Standardized Assessment of Personality*
SCID	*Structural Clinical Interview for DSM-IV*
SCID-II	*Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders*
SIDP	*Structured Interview for DSM Personality Disorders*
SIDP-IV	*Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders*
SIFFM	*Structured Interview for the Five-Factor Model of Personality*
SNAP	*The Schedule for Nonadaptative and Adaptative Personality*
SSRI	*Selective Seretonin Reuptake Inhibitors*
SWAP-200	*Shedler-Western Assessment Procedure – 200*
TP	*Tulburare de personalitate*
TCI	*Temperament and Character Inventory*
WISPI	*Wisconsin Personality Inventory*
WPA	*World Psychiatric Association*
WPI-IV	*Wisconsin Personality Inventory – IV*

PARTEA I

ASPECTE GENERALE

Capitolul 1

Persoana şi polul individual al umanului

1.1. Introducere

În medicina psihiatrică a zilelor noastre, în domeniul sănătăţii mintale şi al sociologiei se discută mult despre „tulburarea de personalitate", despre persoane psihopate sau „psihopatie", persoane anormale, accentuate (în accepţiunea lui Leonhard), deviante, patologice sau cu probleme. Psihiatria, cel puţin, are de peste un veac această categorie diagnostică ce apare în toate manualele şi tratatele, în toate clasificările şi sistemele de diagnoză a tulburărilor psihice. Cei ce se ocupă de psihologia persoanei ridică şi ei, din anumite puncte de vedere, problema exagerării unor trăsături, a devianţei, anormalităţii patologice a unor oameni, în variate împrejurări sau de-a lungul întregii vieţi. Justiţia se întreabă, de asemenea, dacă unele comportamente aberante nu îşi au cumva originea într-o deviere a personalităţii şi dacă şi în ce măsură marii recidivişti şi criminali sadici sunt, în cele din urmă, oameni cu adevărat normali. Aceste probleme practice apar în continuarea unei vechi problematizări reflexive care diferenţia oamenii nu doar după stilul lor de manifestare, ci şi după capacităţile lor, unii fiind slabi, iar alţii puternici, unii proşti, iar alţii deştepţi sau mari creatori, personalităţi geniale. De asemenea, varietatea oamenilor s-a manifestat în planul virtuţilor, unii fiind curajoşi, iar alţii laşi,

unii generoşi, iar alţii egoişti şi avari. Până şi religia împărţea oamenii în buni şi răi, după păcatele pe care le săvârşeau, astfel că după moarte drumul ducea către Rai sau Iad, eventual către Purgatoriu.

Obiectivul lucrării de faţă e centrat pe tulburarea de personalitate în perspectiva psihopatologică a psihiatriei şi sănătăţii mintale. Această problemă se cere plasată în contextul său, care, în mod tradiţional, e preocuparea faţă de persoana umană. Nici această trimitere nu e însă una simplă.

Recent, Glas (2006) se întreba într-un articol : „Cine este persoana ce are o personalitate sau o tulburare de personalitate? Cum este conectată personalitatea cu faptul de a fi persoană?". Astfel de întrebări nu sunt inutile în abordarea ştiinţifică a tulburărilor de personalitate. *Personalitatea* este un concept pe care, dacă îl folosim, trebuie să-l înţelegem şi să-l distingem, atât cât se poate, de altele, apropiate ca sens. Conceptul de *personalitate* e distinct de cel de conştiinţă (în sens de vigilitate conştientă), are unele corelaţii cu subiectivitatea conştientă, fiind mai apropiat însă de conştiinţa morală. Faţă de noţiunea psihologică de *eu* se apropie prin tema identităţii, dar se îndepărtează prin implicarea manifestărilor sociale. Între conceptul de *personalitate* şi cele de *temperament*, *caracter* şi *sine* (*self*) există o corelaţie strânsă.

O scurtă istorie a înţelesurilor noţiunii de persoană şi ale noţiunilor corelate nu e un capriciu, ci un ajutor pentru a privi reflexiv şi lucid la felul în care se pun în prezent problemele, comparativ cu felul în care ele au fost puse în alte perioade istorice. Aceasta deoarece, oricât am integra datele şi optica actuală într-o viziune sintetică şi ne-am angaja în dezvoltarea ei, oricât am înmulţi doctrinele sau metodologia de obţinere, prelucrare şi interpretare a datelor, trebuie conştientizat faptul că e posibil ca peste câteva decenii să ne reorganizăm cunoaşterea într-o nouă paradigmă de înţelegere şi studiere a individului. Deci, alături de inventarierea cunoştinţelor dobândite

de psihiatrie în ceea ce priveşte tulburările de personalitate, e utilă reflectarea asupra concepţiei despre om, care ne este proprie, asupra modului în care se abordează ştiinţific cercetarea, înţelegerea şi acţiunea în privinţa omului individual în zilele noastre, a persoanei umane. Un concept cum e cel de *persoană* nu poate îndepărta cu uşurinţă înţelesurile ce i s-au atribuit de-a lungul veacurilor, nu poate fi propus spre folosire printr-o definiţie operaţională arbitrară, asupra căreia să putem vota pentru a obţine o majoritate de consens. Utilizarea sa în decursul timpului a generat ceea ce Gadamer (2001) numea o „fuziune a orizonturilor de sens". Chiar dacă nu conştientizăm totdeauna, referinţa la persoana umană are diferite valori semantice, mai mult sau mai puţin active, iar prima trimitere este cea la polul individual al existenţei umane.

1.1.1. *Psihismul uman individual – circumscrierea problemei*

Termenul şi conceptul de *personalitate* au o istorie proprie: o apariţie, o evoluţie şi conotaţii ce s-au modificat în timp. Ele se referă în prezent la individul uman, la individualitatea omului ce se naşte şi moare. În articolul citat, Glas (2006) scrie:

> Consider noţiunea de persoană ca denotând fiinţa umană individuală, atât în singularitatea sa, cât şi în calitatea sa de a fi o persoană umană. Pentru fiinţa umană individuală, se mai folosesc însă şi alţi termeni. Mai apropiat de persoană e termenul de fire sau caracter, de care se leagă şi temperamentul. Dar din această clasă mai fac parte noţiuni ca: individ (uman), conştiinţă, eu, sine, subiect, subiectivitate. Deşi se folosesc deseori ca sinonimi, aceşti termeni au cel puţin conotaţii proprii care nu trebuie ignorate. Toţi se referă însă la polul individual al umanului. Acest pol nu epuizează realitatea umană. În cursul întregii istorii şi în toate culturile, s-a vorbit despre şi s-a meditat asupra

instituţiilor umane, asupra limbajului şi legilor, normelor şi valorilor, toate fiind realităţi supraindividuale ce persistă dincolo de indivizii ce se nasc şi mor. La fel sunt şi cunoştinţele ştiinţifice şi credinţele religioase, cu instituţiile şi ritualurile lor. În secolul al XIX-lea, filosofia istoriei, potenţată intens de Hegel, semnala conştiinţa individuală doar ca un element al *Fenomenologiei Spiritului*.

Filosofia ştiinţei, care s-a dezvoltat mult în secolul XX odată cu „teoria teoriilor ştiinţifice", a adus în prim-plan realitatea ontică şi dinamismul istoric al ştiinţelor, în corelaţie, pe de o parte, cu limbajul supraindividual, iar pe de altă parte, cu oamenii individuali, care sunt atât creatori, cât şi utilizatori ai ştiinţei. Una dintre cele mai celebre teorii din acest domeniu este cea a lui Popper (1960; 1997), care distinge trei lumi interconectate:

1. *Lumea corpurilor fizice*. Cu aceasta omul vine mereu în contact. Ea e proprie şi omului individual prin corporalitatea sa fizico-biologică şi, indirect, prin uneltele pe care le produce şi le utilizează.
2. *Lumea stărilor şi proceselor mintale ale indivizilor*, a trăirilor subiective care sunt mai mult sau mai puţin exteriorizate.
3. *Lumea produselor minţii omeneşti*, în primul rând a celor realizate prin intermediul limbajului descriptiv, asertiv şi critic (argumentativ). Din aceasta fac parte: miturile, poveştile, istoriile, romanele, dar mai ales teoriile ştiinţifice. Tot aici sunt incluse producţiile omului din celelalte două lumi, chiar şi obiectele fizice specifice lumii umane, precum bibliotecile, cărţile şi revistele, sculpturile, picturile, desenele, piesele de teatru şi simfoniile, dezbaterile ştiinţifice, produsele educaţionale, dar şi clădirile, uneltele etc.

Cele trei lumi sunt interconectate: nu există una fără alta, dar nici nu se confundă. Acţiuni ce pornesc din lumea a doua o

traversează şi pe a treia, reîntorcându-se în a doua, aşa cum ar fi produsele pedagogiei sau unele cure terapeutice psihanalitice.

Doctrina lui Popper şi altele similare nu au fost serios combătute. Prin ele se subliniază existenţa acelei realităţi umane ce fiinţează în afara persoanelor individuale, a gândurilor şi trăirilor subiective ale acestora. Totuşi, o astfel de viziune este de multe ori ignorată sau „pusă între paranteze" atunci când se discută, în perspectivă cognitivistă, despre relaţia minte-corp.

Ceea ce se mai poate adăuga conceptului popperian este existenţa socială a omului, definirea sa prin relaţii interpersonal-sociale de diverse feluri.

1.2. Termeni frecvent utilizaţi în prezentarea polului individual al umanului

Comentariul ce urmează are punctul de plecare în dicţionarul filosofic al lui Lalande (1962).

Termenul de *individ* nu are nici o specificitate umană, el fiind utilizat pentru a desemna orice unitate fizică, biologică sau abstractă. În personologie e folosit pentru a indica o unitate umană în cadrul unei experienţe trăite de subiect. Conceptul de *individuaţie*, care a avut o mare importanţă în logica medievală (Toma d'Aquino), a fost folosit de Jung pentru a desemna adâncirea în specificitate şi originalitate a omului adult care se construieşte tot mai mult pe sine ca fiinţa unică şi independentă. Termenul se foloseşte în continuare în psihologie, ca, de exemplu, în expresia „calităţi individuale".

Termenul de *subiect* nu se referă în mod specific la persoana umană. În Antichitate, înţelesul său era de „supus" – *hipokaimenon* în greacă, *subiectum* în latină –, de unde şi utilizarea sa gramaticală,

termenul desemnând ceva ce poate fi supus acţiunilor. În Europa postmedievală, sub influenţa creştinismului s-a dezvoltat un sens specific uman al noţiunii de *subiect*, ce a migrat în direcţia subiectivităţii conştiente şi reflexive prin raportarea acesteia la „obiect" (*obiectum*), la ceea ce se află în afară şi în faţa sa. Treptat, s-a ajuns ca termenul de *obiectivitate* să însemne ceva real, independent şi chiar indiferent de opinia „subiectivă" a unor indivizi umani, ceva stabilit „ştiinţific" şi care se bazează pe o realitate independentă de subiectul cunoscător. Atunci când cineva se referă la o cunoaştere obiectivă a unui anume fenomen, se presupune că, în cadrul comunităţii, fenomenul e considerat veritabil şi reproductibil. Prin contrast, ceea ce e subiectiv se desfăşoară în interiorul individului, a persoanei umane, în intimitatea sa resimţită, fapt posibil prin aceea că omul e o fiinţă reflexivă şi conştientă. Astfel, sunt subiective durerea, sentimentele, intenţia de a acţiona, gândirea prin care rezolvăm probleme sau reflectăm asupra poziţiei noastre în lume, felul în care ne autoevaluăm, vinovăţia şi, în general, cugetarea (*cogitatio*). Acest sens modern al *subiectului* şi *subiectivităţii* apare ca atare în doctrina lui Popper, unde constituie lumea a doua, fiind intens speculat în cognitivismul actual, în cadrul teoriei *mind-body*. Mintea omului ar fi o zonă prin excelenţă subiectivă. La acest înţeles a contribuit din plin filosofia lui Descartes (1984) cu a sa metodă a îndoielii ontologice, care consideră că dovada certitudinii existenţei se găseşte la limita cugetării subiective ; omul nu se poate îndoi de existenţa sa, de vreme ce cugetă. În secolul XX, Husserl a dezvoltat amplu o teorie filosofică a „subiectivităţii transcedentale" (Husserl, 1994). Wittgenstein (2004) susţine că perspectiva trăirii subiective nu e primară, ci secundară, fiind mediată de limbaj şi de „formele de viaţă" sau cel puţin intens modelate de acestea. Sensul tradiţional al noţiunii de *subiect* se păstrează însă în expresii de tipul : „X a fost subiectul unei întâmplări neobişnuite" sau „Subiectul filmului Y este...".

Noţiunea de *eu* şi cea de *sine* (*self*) îşi au originea în filosofie, fiind apropiate şi intersectate cu cea de conştiinţă. În secolul XX, ele au fost utilizate în psihologia persoanei.

Eul are semnificaţia unei realităţi delimitate cu un conţinut propriu şi care se raportează nu doar la altă realitate, ci şi la sine (*eu însumi*), precum şi la alt *eu*, similar. Sinele, eul şi conştiinţa se intersectează destul de mult în înţelesul lor, dar nu se suprapun. Eul e implicat în gândirea reflexivă a lui Descartes şi e folosit mult de Kant în *Critica raţiunii pure* (Kant, 1969), cu sublinierea că, practic, gândirea e totdeauna a cuiva, că nu se poate comenta decât faptul că eu gândesc. A fost utilizat şi de Fichte, care interpreta kantianismul ca fiind centrat de opoziţia eu/non-eu (într-o reluare a polarităţii subiect-obiect). Referinţe majore la *eu* reapar în gândirea fenomenologică şi existenţialistă a secolului XX, de exemplu în „egologia" lui Jaspers şi cea a lui Husserl (1994). Eul (*ego*-ul) stă la baza unei mari şi tradiţionale probleme filosofice, lansată de Platon, privitoare la existenţa celuilalt, a *alter-ego*-ului. Martin Buber a dezvoltat ideea filosofică a relaţiei „eu"-„tu" – „tu" fiind înţeles în sens larg, putându-l include şi pe Dumnezeu.

Psihanaliza a preluat tema eului, dar, la început, i-a acordat o importanţă redusă în sistemul psihismului individului uman: cea de reglare a conflictului dintre pulsiunile sinelui, exigenţele supraeului şi de adaptare la realitate. La Jung, eul e corelat conştiinţei, dar cuprinde, de asemenea, doar o parte a psihismului personalităţii, al cărui factor integrator e sinele (*self*). Psihanaliza de mai târziu a dezvoltat un întreg curent psihologic centrat pe tema eului – ego-psihologia –, care, la rândul ei, a permis dezvoltarea teoriei ataşamentului şi a psihologiei interpersonale.

Eul este şi pronume personal: „eu", „tu", „el" definesc trei ipostaze ale persoanei în cadrul limbajului. Există trei ipostaze antropologice pe care le comentează cognitivismul contemporan:

- perspectiva persoanei întâi (eu), care este cea a trăirii intimităţii şi subiectivităţii conştiente, reflexive;
- perspectiva persoanei a treia, care este una a abordării obiective, ştiinţifice. În măsura în care referinţa e la un alt om, acesta se plasează acum în poziţia de „el" şi poate fi studiat ştiinţific, dar, mai ales, poate fi caracterizat, de obicei, prin dialogul dintre „eu" şi „tu", dintre „noi";
- perspectiva persoanei a doua (tu) este mai puţin analizată de cognitivism, dar a fost abordată de fenomenologie şi existenţialism. E vorba de relaţiile interpersonale intime, duale, dintre „eu" şi „tu", care presupun apropiere şi intrepătrundere reciprocă.

Multe dintre sensurile eului interferează cu cele ale sinelui (*self*); acesta a avut o carieră filosofică, mai ales în înţelesul de conştiinţă de sine, distinctă de conştiinţa obiectelor exterioare. Gânditorii englezi au făcut aluzie la sine (*self*) ca la ceva ce exprimă subiectul cogitaţiei lui Descartes. Hume nega substanţialitatea acestui *self*.

Sensul psihologic al sinelui a fost deseori cel de agent proactiv şi reflexiv conştient. Sinele mai sugerează spontaneitate, intuiţie. E şi pronume relfexiv şi poate fi substantivizat (sineitate) sau poate să apară în expresii precum: „pe sine însuşi", „el însuşi", „eu însumi". În prezent, lingviştii îşi unesc eforturile cu antropologii pentru a studia sinele (Stamatov, 2003).

În ultima parte a secolului XX, preocuparea pentru *sine* s-a extins în filosofie, psihologie şi neuroştiinţe, tinzând să rezume înţelesurile eului conştient şi chiar ale persoanei. Semnificaţia pentru această orientare este lucrarea lui Popper şi Ecoles, *The self and ist Brain* (Popper şi Eccles, 1997).

Conştiinţa este un concept filosofic care a ajuns să fie folosit destul de mult de unii psihologi. Conceptul de *conştiinţă* are o remarcabilă amprentă europeană – la fel ca şi conceptele de *raţiune* şi *intelect* –, având doar corespondenţe parţiale în gândirea greco-romană.

Filosofii au discutat asupra conştiinţei în general, dar tot timpul s-a menţinut sugestia implicită că aceasta e individuală, e a cuiva, e o caracteristică a ceea ce, în ultimele secole, s-a numit *persoană umană*. Prin urmare, ea aparţine polului individual al umanului, prin contrast cu spiritul, ştiinţa, cultura, care sunt supraindividuale. Conştiinţa a implicat şi a pus pe tapet atribute ca: reflexivitate, cunoaştere, orientare – vizare, intenţionalitate –, libertate, autonomie.

Conştiinţa (fiind a cuiva şi referitoare la ceva) este o realitate centrală a persoanei umane. Ea e considerată ca fundamentată în *sine* (prin *sine*), are un conţinut (al eului) şi e trăită ca subiectivitate. Subiectul conştient de eul său se diferenţiază de lume în general, de lumea proximă (ca dat nemijlocit) şi de alt subiect-eu-conştient. Între două conştiinţe – în sens de persoane conştiente – există diverse raporturi şi relaţii, inclusiv de respingere şi apropiere, de intimitate şi întrepătrundere afectivă (dragoste). Raportarea la celălalt a subiectului conştient prin comportamente specifice şi responsabile face din substanţa actului moral prin care se exprimă un aspect esenţial al libertăţii omului. În plus, omul conştient asimilează şi exprimă nu doar limbajul suprapersonal – deoarece e capabil de naraţiune şi autobiografie –, ci şi logica implicită a acestuia – fiind capabil de gândire raţională, de raţionamente, judecată, cugetare. Omul conştient judecă despre realitate şi adevăr, afirmă adevărul realităţii, în contextul logosului şi valorilor, şi, în acelaşi timp, evaluează şi instituie valori. Judecata raţională a omului conştient se bazează pe spontaneitatea sinelui, pe cunoaşterea logosului, pe valori şi implică libertatea. Omul care cunoaşte conştient se poate, până la un punct, autodetermina liber.

Tema conştiinţei, deşi implicită în gândirea lui Descartes, s-a definit şi ea în spiritualitatea Europei, mai ales prin idealismul german, începând cu Kant. Ea a rămas o constantă a filosofiei, alături de tema raţiunii, până în secolul XX. Este abordată şi de Husserl, care pune accentul pe trăirea conştient-reflexivă directă,

nemijlocită. O mai întâlnim la Jaspers şi la personalişti, dar trece apoi într-un con de umbră, câştigând pondere conceptele de *sine* (*self*) şi *minte* (*mind*). Totuşi, se păstrează, mai ales în sens de subiectivate conştientă, fiind reluată de cognitivism. Psihologia persoanei din secolul XX a folosit relativ puţin conceptul de *conştiinţă specific umană*.

În domeniul conştiinţei există o ambiguitate pe care nu toţi o clarifică: biologia prezintă oscilaţia veghe-somn, starea de veghe a omului fiind etichetată ca stare conştientă. Dar numai o parte din aceasta se referă la conştiinţa specific umană, care se desfăşoară în sensul libertăţii, valorilor şi conştiinţei morale.

1.3. Psihismul biologic şi psihismul persoanei conştiente

Psihismul este şi el un concept ce se referă la polul individual al umanului. El apare ca temă în filosofia lui Aristotel, unde are un înţeles biologic-uman, fiind structurat pe nivele caracterizate prin anumite funcţii esenţiale. În tratatul său, *Despre suflet* (*Peri psyche*), Aristotel (2005) distinge un nivel biologic-vegetal (vegetativ) unul biologic-animal (ce are la bază mişcarea prin sine însuşi), un nivel uman-intelectiv şi unul raţional (spiritual). La om, toate aceste nivele se află în continuitate, dar fiinţele biologice se pot opri la nivele inferioare. Psihismul, în ansamblu, exprimă „forma corpului".

Concepţia aristotelică s-a topit apoi în dogmatica iudeo-creştină, în care sufletul uman apare ca ceva cu totul special, insuflat omului de către Dumnezeu, după ce corpul i-a fost plămădit din materie. Astfel, la moarte sufletul se desparte de trup, vieţuieşte undeva, pregătindu-se pentru reînvierea de apoi.

În secolul al XVII-lea, Descartes (1984) abordează filosofia sufletului uman, capabil de cugetarea (*cogitatio*) prin care se îndoieşte de toate în afară de propria-i existenţă, considerând că sufletul are o natură complet diferită de cea a materiei (*res cogitans*), pe când trupul face parte din lumea corporală (*res extensa*). Animalele şi tot regnul biologic s-ar plasa şi ele în această ultimă categorie, întrucât nu au suflet. La om, legătura dintre psihism şi corp s-ar realiza în glanda pineală prin intermediul „spiritelor animale".

Dualismul cartesian a lipsit înţelegerea psihismului uman de asemănarea şi continuitatea sa cu psihismul biologic, care, după instituirea sa aristotelică, se păstrase două mii de ani. Situaţia a început să se schimbe în a doua jumătate a secolului al XIX-lea, când a apărut psihologia ca ştiinţă, dar sfidarea cartesiană rămâne o problemă şi în zilele noastre, în mare măsură datorită felului distorsionat în care Descartes a formulat problema.

În secolul XX, pe lângă psihologia umană s-a dezvoltat şi o „psihologie animală", o ştiinţă a comportamentului animal, etologia (Cociu, 1999). Multe funcţii psihice sunt bine dezvoltate la animale : atenţia, percepţia, memoria, reprezentarea, imaginaţia, decizia în rezolvarea unor probleme situaţionale, multe forme de învăţare, instinctivitatea, emotivitatea, ataşamentul, sociabilitatea, caracterul teleologic al comportamentului. O serie de studii de psihologie s-au efectuat pe animale, fiind apoi extrapolate la om. De asemenea, la animale întâlnim comportamente complexe, derulate pe termen lung, în cadru social, semnificative pentru perpetuarea speciei, precum : comportamentul de căutare a hranei, de învăţare, de confruntare, luptă şi fugă, curtarea, cuplarea cu un partener, pregătirea locuinţei (cuib, vizuină) şi locuirea, naşterea şi creşterea puilor, ataşamentul, hrănirea, apărarea şi învăţarea acestora, lupta pentru ierarhia în grupuri, respectarea unor reguli în colectivitate etc. Aceste comportamente se regăsesc şi ele reformulate în termeni socioculturali ce

implică logosul şi valorile în societăţile umane. Ele se desfăşoară şi la om între naştere, maturizare, reproducere, îmbătrânire şi moarte, ca la animale. Comportamentele animale instinctuale sunt reglate de bio-psiho-ritmuri – somn-veghe, rut, hibernare, migrare –, de factori climatici şi ambientali, reglaj care nu se regăseşte decât parţial la om.

La om, reîntâlnim aproape toate aceste aspecte biologice ale psihismului în derularea cărora este esenţială organizarea şi funcţionarea creierului, ca sistem autarhic ce culege şi prelucrează informaţii. Operaţionalitatea, preluarea informaţiilor la nivelul creierului asigură o anumită capacitate de rezolvare a problemelor, pe baza cunoaşterii, înţelegerii şi abilităţilor de performanţă operaţională – ceea ce la om se va numi *inteligenţă*. Funcţionarea corporal-cerebrală asigură, de asemenea, un anumit stil comportamental, caracteristic psihismului indivizilor – ceea ce la om se va numi *temperament*.

Însă psihismul uman se formează şi se afirmă într-un context specific ce presupune limbajul asertiv supraindividual, normele şi valorile, instituţiile, practicile sociale şi vizarea transcendenţei. Dincolo de sinele primitiv, despre care se poate vorbi şi în cazul animalelor, în cel al persoanei umane trebuie să se ţină cont de un psihism conştient, în specificul său reflexiv, subiectiv, intenţional şi asertiv, capabil de libertate şi autodeterminare. Psihismul conştient al omului se dimensionează prin asimilarea cunoaşterii „teoretice" a lumii, aşa cum aceasta e structurată în cadrul socioculturii în care el există. Tot prin intermediul logosului (al limbajului, al naraţiunii), subiectul îi caracterizează pe ceilalţi (conform studiilor teoriei narativităţii), intrând în contact cu eroii ideali ai istoriei, cu cei imaginari, de mit sau roman, şi e capabil să se caracterizeze şi pe sine din perspectivă autobiografică şi să se evalueze moral (teoria „celor cinci mari factori" se bazează pe valenţele caracterizante ale limbajului).

Individul uman, persoana umană se mai dimensionează prin statute şi roluri sociale, prin funcţionarea sa în cadrul unor practici

sociale instituţionalizate, prin afirmarea valorilor de bine, adevăr şi frumos, prin contemplarea transcendenţei.

Omul este o fiinţă biologică şi are un psihism în virtutea acestei apartenenţe ce-i conferă şi o dimensiune socială. Caracterizarea omului ca fiinţă bio-psiho-socială nu surprinde însă acea latură care să îl diferenţieze clar de universul biologic. Eventual, omul, în specificitatea sa, ar putea fi caracterizat ca o fiinţă dimensionată prin conştiinţă, logos şi spiritualitate.

Psihismul uman se formează însă şi se afirmă într-un context specific, cu aspecte şi instanţe ce nu se întâlnesc în biologie. Astfel, dacă la individul biologic se poate vorbi deja de un sine (*self*) într-un sens special, la persoana umană trebuie să se aibă în vedere psihismul conştient în specificul său reflexiv, subiectiv intenţional şi asertiv, capabil de libertate, care se manifestă în interiorul logosului şi vizează transcendenţa. La om, funcţionează limbajul asertiv, argumentativ şi critic, nu doar cel comunicativ, prezent şi la indivizii biologici. Prin limbaj se pot formula expresii, naraţiuni, istorii, evaluări, caracterizări şi teorii asupra realităţii. Tot acest univers asertiv formulat prin sisteme semiotice diverse, care au la bază limbajul natural, se desfăşoară la un nivel supraindividual, el persistând dincolo de, şi deasupra indivizilor umani, cu psihismul lor conştient, asimilând şi îmbogăţind această instanţă a „logosului". Capacitatea asertivă a limbajului uman joacă, desigur, un rol şi la nivelul psihismului conştient al persoanei, care se dimensionează prin asimilarea cunoaşterii „teoretice" a lumii, structurată ca şi modelele coerente ale realităţii experimentate, imaginate sau despre care învaţă în decursul procesului educaţional. Tot prin această instanţă a logosului şi teoreticului, el reuşeşte să descrie şi să caracterizeze alte persoane, dincolo de ataşamentul direct faţă de o persoană sau alta şi de introjectarea *imago*-urilor altora în structura propriului psihism. Persoana caracterizată se plasează în poziţia de persoană a III-a, în poziţia de „el", faţă de comunicarea între „eu" şi „tu". Pe aceeaşi

cale, subiectul, cu psihismul său conştient – plasat în perspectiva persoanei I –, intră în contact cu eroi ideali, cei ai istoriei, cei imaginari, de mit sau roman. Ei fac parte din arhetipurile lui Jung, dar, în prezent, sunt studiaţi prin prisma teoriei relative a persoanei.

Existenţa umană se defineşte şi prin norme sociale şi valori. Instituţiile socioculturale funcţionează supraindividual, fiind structurate pe sisteme ierarhice de norme, în cadrul cărora se desfăşoară practici umane diverse: învăţământ, creaţie artistică, muncă, politică.

Individul uman, persoana umană cu psihismul său conştient se dimensionează şi prin statute şi roluri sociale, prin funcţionarea sa într-un cadru instituţionalizat, care, de asemenea, este supraordonat subiecţilor individuali.

În sfârşit, existenţa umană se mai defineşte şi prin instanţa valorilor, prin aspiraţia pe care o exercită adevărul, binele şi frumosul, prin vizarea transcendenţei, care, într-o primă fază, a fost concepută sacral. În dimensiunea persoanei umane, a psihismului său conştient se reflectă şi se oglindesc şi aceste instanţe supraindividuale ordonate de norme şi valori.

1.4. Temperament şi caracter

În prezent, psihologia persoanei se preocupă şi de posibilităţile de circumscriere a individului uman prin trăsăturile ce-l caracterizează, prin configuraţia sa specifică de factori psihologici relativ constanţi. Trăsăturile diferenţiază oamenii între ei şi, de aceea, acest aspect al psihologiei persoanei a fost denumit *psihologie diferenţială*. Doctrina trăsăturilor este foarte importantă şi pentru problema tulburărilor de personalitate, în ultimele decenii luând amploare preocupările de evaluare dimensională a acestora, folosindu-se concepte şi instrumente împrumutate din psihologia generală a persoanei.

Pentru caracterizarea oamenilor s-au folosit, încă din perioada greco-romană, termenii de *temperament* şi *caracter*. Treptat, termenul de *temperament* a căpătat înţelesul de ceva înnăscut, ce ţine de corporalitate şi aspectul biologic. Termenul de *caracter* a avut înţelesul general de semn distinctiv ce serveşte pentru a recunoaşte un obiect, a distinge o fiinţă. În cazul fiinţei umane, termenul s-a referit la modul obişnuit de a resimţi şi reacţiona, cu accent pe aspectul structurat prin educaţie şi experienţă a psihismului. Conceptul a căpătat însă şi importante conotaţii etice privitoare la maniera morală de a se comporta a individului. De aceea, în expunerea problemei caracteriologiei, la un moment dat se va face referire la virtuţile lui Aristotel, la eroii ideali, paradigmatici şi la alte aspecte etice ale persoanei.

Tipologia zodiacală

Practica şi teoretizarea caracterizării tipologice se întâlneşte în aproape toate culturile istorice, fiind corelată cu astrologia şi destinul. Noţiunea explicită de *destin* (*soartă*) s-a schimbat treptat de-a lungul istoriei, dar ea este foarte veche. În multe culturi, o serie de fiinţe supranaturale decid la naştere felul în care va decurge viaţa omului, aşa cum sunt ursitoarele în folclorul românesc. Destinul individual a fost multă vreme corelat cu astrele, cu configuraţia orientării corpurilor cereşti, a planetelor mai ales, în momentul începerii vieţii cuiva. Alături de alchimie, astrologia babiloniană şi egipteană este una dintre marile contribuţii ale acestor civilizaţii la istoria culturii. Treptat, s-a structurat zodiacul, care, în perioada culturii greco-romane, era deja deosebit de elaborat. El era corelat cu concepţia ptolemeică a cosmosului, potrivit căreia planetele – concepute ca zei – se învârt în jurul Pământului, fiecare având o perioadă de ascensiune şi una de descreştere. Aceste fiinţe supranaturale, planetele, zei din lumea „supralunară", aşa cum era descris cosmosul în *Fizica* lui Aristotel, iau sub oblăduirea lor oamenii ce se nasc în perioada în care ele domină firmamentul, imprimă anumite trăsături temperamental-caracteriale,

moduri de comportament, hotărăsc tipul de parteneri favorabili şi nefavorabili şi o mare parte din destinul secvenţial, cel al evenimentelor vieţii, inclusiv finalul acesteia.

Anul începea în luna martie (Haman, 2004; Dorian, 1993). Luna martie e dominată de planeta Marte şi de zeul Marte (Ares, la greci), care era zeul războiului. Animalul reprezentativ al acestuia este berbecul. Cuvântul-cheie ce caracterizează oamenii născuţi în această zodie e *acţiune*. Între caracteristicile de bază se menţionează: nevoia de a înfăptui, energie, implicare totală, vitalitate, instincte puternice, putere de acţiune. Se observă uşor că trăsăturile sau caracteristicile sunt din aceeaşi clasă, fiind epitete care au „un aer de familie" – cum ar spune Wittgenstein (2004).

Astrologia actuală dezvoltă caracterizarea de ansamblu în subpuncte: pentru bertec, de exemplu, tema de viaţă este de punere în valoare, cu agresivitate, a propriei persoane. Motivaţia personală este de a acţiona din plăcerea de a acţiona, de a se mişca, dar şi dorinţa autovalorificării. Scopul este puterea de a iniţia şi punerea în valoare a propriei persoane, iar învăţătura de însuşit, aplicarea corectă a agresivităţii.

Esenţial în caracteriologia zodiacală este numărul finit de tipuri. Există 12 zodii şi deci 12 tipuri. Diferenţierea se face prin perioada ascendentă sau descendentă a zodiei, apoi prin conjuncţia între planete şi, în sfârşit, prin suplimentul pe care îl introduc ziua şi ora naşterii, ba chiar şi locul.

Interesant este că interpretarea zodiacală a caracterului, a destinului şi chiar a aspectelor faste şi nefaste ale desfăşurării vieţii oamenilor pe zile şi săptămâni s-a păstrat în zona populară mult timp după ce concepţia ptolemeică asupra cosmosului a fost abandonată şi orice suport „ştiinţific" nu a mai putut fi invocat. Pentru corelaţia cu destinul, semnificative sunt cele scrise în *Cetatea Soarelui* de către Campanella (1959), în secolul al XVI-lea. În cetatea ideală, procrearea este planificată strict şi ştiinţific, în conformitate cu influenţele

planetelor, pentru a se naşte doar oameni sănătoşi şi cu un destin bun. Tinerii cărora li se permite să aibă copii sunt numiţi procreatori.

În zilele noastre, astrologia persistă în revistele populare, la radio şi televiziune, anunţând fiecăruia, în funcţie de zodiacul său, şansele în săptămâna sau ziua care începe.

Există, desigur, şi alte sisteme zodiacale, care nu sunt ordonate de astre. Cele chinezeşti presupun influenţa lunii sau a plantelor şi florilor. Zodiacul arab distinge între firile oamenilor – probabil numai bărbaţi – după tipul de armă: briceag, pumnal, cuţit, buzdugan şi altele, dar toate zodiacele circumscriu un număr finit de tipuri temperamental-caracteriale.

Tipologia hipocrato-galenică

O altă variantă celebră a tipologiei temperamental-caracteriale este cea a medicinei hipocratice. Ea porneşte de la nivelul biologic, de la interpretarea funcţionării echilibrate a corpului uman. Aşa cum, în gândirea greacă, psihismul era o caracteristică biologică ce se extindea fără discontinuităţi până la om, cele patru umori ce stau la baza funcţionării echilibrate a corpului sunt şi garantul funcţionării normale sau anormale a psihismului. Este o primă şi excelentă înţelegere atât a unităţii bio-psihice, cât şi a legăturii dintre fond şi episodul de viaţă trăit maladiv.

La baza sistemului stau patru umori: sângele, flegma (pituita), bila galbenă şi cea neagră. Ele pot fi în exces sau în deficit, în echilibru sau dezechilibru, în permanenţă sau circumstanţial. Predominarea constantă a uneia dintre umori defineşte un tip temperamental, cum ar fi sangvinicul sau melancolicul. Excesul mai mult sau mai puţin circumstanţial în contextul unui dezechilibru major poate defini însă şi o boală, aşa cum ar fi mania sau melancolia. Aceeaşi problemă e pusă în prezent în psihiatrie, în termenii legăturii dintre patologia psihică identificabilă pe Axa I şi pe Axa II.

Hipocratismul a fost o doctrină medicală care a subliniat importanţa pe care medicina o are în antropologie. De altfel, cultivarea unui trup sănătos – prin gimnastică –, dar şi a frumuseţii echilibrate a trupului a fost o constantă a culturii greceşti, preocupată de ideea de proporţie şi armonie, în contrapondere cu tendinţa spre exces (*hybris*), tipică spiritului grec.

Şi tipologia hipocrato-galenică subliniază un număr finit de tipuri: patru. Desigur, aceasta era în concordanţă cu semnificaţia mai generală a cifrei 4, centrată de cele patru elemente, pe perfecţiunea cifrei 4 susţinută de Pitagora etc.

1.5. Virtuţile lui Aristotel şi caracterele lui Teofrast

Grecii antici au adus o contribuţie importantă în domeniul caracteriologiei, odată cu dezvoltarea de către Aristotel (1988) a teoriei virtuţilor în cadrul eticii, în care e comentată „viaţa virtuoasă" a cetăţeanului atenian. De fapt, tema virtuţilor apare implicit în orice societate istorică şi se fixează mai întâi în epopei. Eroii ideali ai acestora au o serie de trăsături constante şi pregnante, detectabile în comportament; admiraţi ca atare de comunitate, devin modele de imitat, putând exercita o considerabilă influenţă asupra unor generaţii întregi. Aşa cum s-a repetat mereu, *Iliada* a educat Elada. Eroii epopeilor excelează în anumite domenii, fiind deci posesori de *areté*, termen grecesc ce a fost tradus în latină prin *virtus* („virtute"). Curajul e una dintre aceste virtuţi. Datorită lui, ceilalţi pot avea încredere în eroi. Prietenia, fidelitatea, onoarea se leagă de curaj şi reprezintă şi ele virtuţi. Uneori, chiar şi şiretenia, ingeniozitatea, aşa cum o dovedeşte Odiseu, au acelaşi rol. Eroii de epopee, la fel ca şi tipurile zodiacale, au o anumită soartă, în viaţa lor intervenind frecvent zeii. Eroi pot fi însă şi muritorii obişnuiţi, cum e Penelopa, soţia fidelă a lui Odiseu. Toate aceste trăsături de caracter apar prezentate ca virtuţi.

Aristotel precizează cum ar trebui să se desfăşoare, sub forma excelenţei şi a virtuţii, comportamentul cetăţeanului atenian liber, ce îşi trăieşte viaţa de zi cu zi exercitându-şi funcţiile sociale, în mijlocul concetăţenilor săi, în cadrul polisului grecesc, la începutul elenismului. Printre virtuţi, alături de curaj, Aristotel enumera stăpânirea de sine, înţelepciunea, faptul de a promova dreptatea, de a spune adevărul, de a fi cinstit, generos, de a avea un suflet mare, de a fi bun cetăţean. Cultivarea virtuţii presupune alegerea căii de mijloc, spune Aristotel, între prea puţin şi prea mult, evitând excesul. Ea e posibilă prin decizia liberă a omului, ceea ce presupune o anumită libertate de autodeterminare, de autoformare. Aristotel abordează tema virtuţilor în perioada scrierii şi reprezentării marilor tragedii greceşti, în care se considera că omul e supus destinului, care îşi pune amprenta nu doar pe firea sa – ca în zodiac –, ci şi asupra evenimentelor din istoria vieţii sale. Cetăţeanul polisului caută să se autoconducă. Omul virtuos este capabil de alegere liberă, iar această observaţie nu se face în raport cu omul zodiacului. Omul caută fericirea şi urmăreşte binele, iar calea de urmat este practicarea virtuţii. Aceasta presupune stăpânirea de sine, libera alegere şi găsirea unei căi de mijloc între laşitate şi temeritatea nesăbuită. La fel, cumpătarea, generozitatea, mărinimia, grandoarea sufletească, blândeţea, pudoarea, cultivarea dreptăţii, echitatea, stăpânirea de sine sunt virtuţi la care se ajunge prin efort şi alegere liberă între extreme. Comentariul etic trasează principiile conduitei individului în comunitate, constituind o perspectivă de caracterizare. Astfel, unii oameni pot fi laşi, zgârciţi, nesăbuiţi, nedrepţi, neprietenoşi, lipsiţi de stăpânire de sine. Este un alt model decât cel al temperamentului hipocratic şi al caracterului zodiacal. Multe aspecte extreme ale firii, între care omul virtuos ar trebui să păstreze un echilibru, pot fi considerate în prezent drept caracteristici ale tulburării de personalitate, ca, de exemplu, lipsa stăpânirii de sine. De aceea, e regretabil că actualele comentarii în domeniu nu fac referire la virtuţi.

Virtuţile, ca principii de conduită şi criterii de caracterizare, au continuat să joace un rol important în cultura Europei, fiind preluate – după elaborările stoicismului, epicurianismului şi scepticismului – de creştinism şi funcţionând până în secolul al XIX-lea. Dar deja din perioada imediat următoare lui Aristotel ceva se schimbă în modul de abordare, care devine pluristratificat.

Teofrast a fost elevul preferat al lui Aristotel. S-a păstrat o lucrare a sa de bătrâneţe, care a fost folisită de La Bruyere (Teofrast, 1966) ca parte introductivă a operei sale, *Caracterele sau moravurile acestui veac*, publicată în secolul al XVII-lea. În opusculul lui Teofrast sunt descrise 30 de tipuri de persoane sub următoarele denumiri: 1. prefăcutul; 2. linguşitorul; 3. flecarul; 4. grosolanul; 5. amabilul; 6. neobrăzatul; 7. guralivul; 8. născocitorul de ştiri; 9. obraznicul; 10. zgârcitul; 11. mojicul; 12. inoportunul; 13. pripitul; 14. prostănacul; 15. brutalul; 16. superstiţiosul; 17. nemulţumitul; 18. neîncrezătorul; 19. nesimţitul; 20. prost-crescutul; 21. înfumuratul; 22. cărpănosul; 23. lăudărosul; 24. îngâmfatul; 25. laşul; 26. oligarhul; 27. întârziatul; 28. bârfitorul; 29. prietenul celor netrebnici; 30. calicul.

La fiecare paragraf avem o descriere detaliată a unui mod de comportament criticabil, sub forma de caz tipic „ideal". Toate tipurile sunt negative. Ele nu reprezintă modele de virtuţi, ca în cazul eroilor de epopee sau în comentariul lui Aristotel din *Etica Nichomachică*. E vorba de persoane ce se pot întâlni în viaţa de zi cu zi, în cetatea antică sau în mediile urbane moderne. Tipurile descrise de Teofrast puteau avea corespondent în genul minor al comediei greceşti. Se deschide astfel un alt capitol al caracterizării persoanelor, prin modul lor de manifestare zilnică în societate, în mare măsură criticabil. Spre deosebire de virtuţile lui Aristotel, aceste trăsături de caracter nu reprezintă o medie între extreme. Despre laş se poate spune că e opusul curajosului, iar despre zgârcit că este opusul mărinimosului, dar flecarul, guralivul, amabilul,

neobrăzatul nu au corespondent în planul virtuţilor. Apare deci ideea că oamenii pot fi caracterizaţi prin unele trăsături pregnante ale comportamentului lor, fără să căutăm în toate cazurile trăsături de profunzime, de tipul virtuţilor ce ţin de principii. Această stratificare reapare în psihologia trăsăturilor din secolul XX, care uită însă de tema virtuţilor. O parte dintre tipurile lui Teofrast exprimă trăsături pe care le regăsim în prezent la persoane cu tulburări de personalitate, fapt care, de altfel, a fost remarcat (Tyrer, 2000), cu toate că multe dintre trăsăturile ce descriu, în zilele noastre, tulburări de personalitate nu sunt prezente : izolarea socială extremă, dependenţa, bizareria, instabilitatea, hiperexpresivitatea, agresivitatea interpersonală.

Prin contribuţia lui Aristotel şi Teofrast, diferenţierea dintre oameni a început să se facă în baza dimensiunii morale a caracterului. De atunci şi până în prezent, sintagma „om de caracter" defineşte un om care posedă anumite virtuţi.

Înţelegerea şi definirea virtuţilor a variat în funcţie de coordonatele epocilor şi culturilor. Lumea medievală europeană a propus, ca virtuţi cardinale, dreptatea, înţelepciunea, cumpătarea şi curajul, alături de cele teologice, precum credinţa, speranţa, iubirea. Apoi, în alte vremi, s-au impus virtuţi ca perseverenţa în muncă, spiritul de economie (chiar zgârcenia), spiritul de familie, patriotismul. Franklin include printre virtuţi curăţenia, tăcerea, hărnicia. Setea de îmbogăţire, care, pentru greci, era un viciu, devine o virtute la începutul capitalismului. Au mai fost trecute printre virtuţi sinceritatea şi statornicia ; în alte împrejurări, intoleranţa şi spiritul de sacrificiu, iar alteori toleranţa şi spiritul colectivist. La sfârşitul secolului al XIX-lea, Nietzsche a lansat un virulent atac împotriva moralei tradiţionale creştine, dar şi a virtuţilor. Inamicul lui principal era Socrate, care a iniţiazat etica pe care a dezvoltat-o Aristotel prin virtuţi. Sugestia lui Nietzsche, ca omul să se plaseze „dincolo de bine şi de rău", era o invitaţie la creativitate şi afirmare neţărmurită a celor capabili, care nu se mai împiedică de noţiunea kantiană a demnităţii omului şi nici de ponderea pe care o pretind virtuţile lui Aristotel. Omul

puternic şi creator are de partea sa adevărul şi dreptatea. Prin aceasta însă dispare şi valoarea diferenţiatoare a virtuţilor şi a trăsăturilor de caracter, iar în opoziţie cu supraomul creator rămâne doar „omul fără calităţi".

După Nietzsche, ideea de virtute nu a mai fost promovată cu vigoare, ea persistând însă în mediile oficiale ale secolul XX, subteran, ca factor important al existenţei oamenilor ce se manifestă în viaţa de zi cu zi ; împreună cu aceasta a supravieţuit dimensiunea morală a caracterului. Psihologia persoanei, care a apărut în secolul XX în diversele ei variante, inclusiv caracteriologiile ştiinţifice ale acestui veac, nu abordează problema moralităţii, excepţie făcând comentariile psihanalizei cu privire la supraeu, şi deci nici virtuţile sau trăsăturile de caracter cu conotaţie morală, care se evidenţiază în cursul convieţurii oamenilor în cetate, aşa cum susţinea Teofrast. Totuşi, deşi caracterizarea unei persoane prin trăsături şi cea care are la bază aspectele morale sunt paralele până la un punct, se pot intersecta în multe zone, după cum se şi pot asimila reciproc, masca sau potenţa.

1.6. Tipologia eroilor de ficţiune

Există un alt plan de caracterizare a oamenilor, care se desfăşoară, în primă instanţă, în planul logosului, al eroilor de ficţiune, al considerării persoanei ca erou de naraţiune de un anume tip. În general, caracterizarea unui om e făcută, în primul rând, de alţi oameni - prin comentariu, bârfă, relatare sau naraţiune. Individul uman e considerat acum la persoana a III-a, aflată în centrul povestirii, între un „eu" şi un „tu", care vorbesc despre un „el" absent. În plus, subiectul însuşi povesteşte altora şi sieşi - deci tuturor celor trei instanţe ale persoanei - date despre sine, despre istoria vieţii lui. Pe această bază - şi nu doar prin înregistrarea directă a unor comportamente observabile - e posibilă o caracterizare, centrată pe virtuţi ori trăsături

sau, altfel spus, definirea unui caracter prin virtuţi şi trăsături constante.

În Europa de după Renaştere s-a dezvoltat cultura portretelor pictate şi a romanelor. Don Quijote e un personaj în carne şi oase ce ajunge să aibă mintea rătăcită de pe urma lecturării a prea multor romane cavalereşti, care prezentau eroi schematici, exemplificând virtuţile cavalerilor, pentru ca, apoi, să devină, la rândul său, un erou de ficţiune paradigmatic, un posibil model pentru oameni „în carne şi oase". După lectura romanului, oricine îl poate „caracteriza" pe Don Quijote, cu firea lui blajină, comportamentul ales, dialogul argumentat, rostirea înţeleaptă şi fixarea sa neobişnuită pe idealuri neimportante pentru cei din jur, idealuri împărtăşite de eroii cărţilor pe care le-a citit. În legende, poveşti, mituri, eroii întruchipează idei, virtuţi şi trăsături de caracter, expresive şi morale, într-un mod tipic, ideal.

Doctrina aristotelică a virtuţilor s-a format pe marginea literaturii homerice şi a problematicii omului din tragediile greceşti, pentru a ghida comportamentul în noua situaţie a polisului grec, iar Teofrast s-a inspirat din comediile vremii şi din caracterizările făcute în cursul vieţii de zi cu zi a oamenilor ce trăiau la Atena şi care cooperau pe baza simţului lor comun. Pentru omul real, eroii de literatură, de ficţiune pot fi modele educative, de formare a propriei personalităţi, uneori prin identificare, alteori prin contrast sau prin meditaţii asupra destinului în diverse împrejurări. Romanele Europei au subiecte şi eroi mai aproape de viaţa de zi cu zi decât legendele biblice, la fel cum portretele pictate sunt diferite de icoane şi de scenele mitologice. Ele s-au prezentat ca o ţesătură de biografii a unor fiinţe, a unor eroi posibili.

La confluenţa dintre epopee, legendă, povestire fantastică, istorie, biografie, autobiografie, memorii, jurnal şi relatare, genul literar al romanului etalează istorii de viaţă ale unor persoanje prezentate în complexitatea caracterului lor. Universul eroilor de ficţiune – al

„ființelor intermediare" – a jucat un rol important în caracteriologie (Lăzărescu, 1994). La greci, zeii și semizeii din legendele și poveștile lor aveau caractere puternice. Apar apoi eroii de epopee, de dramă și comedie, la fel și cei din istoriile ce începeau să se scrie. În Europa, literatura romanescă a impus multiple modele caracteriologice cu destine particulare, dintre care pot fi enumerați: Doamna Bovary, Julien Sorel, Oblomov, Ana Karenina, Nora, precum și eroii teatrului lui Shakespeare și Molière, ale romanelor lui Balzac și Dostoievski. Pe lângă descrierea moravurilor și a particularităților de caracter, romanele, operele de ficțiune evidențiază și perioade de formare, drumuri de viață, confruntarea cu diverse evenimente, conflicte și deznodăminte, schimbări, metamorfoze, finaluri de viață, decupând sinteza existenței umane a „personajelor", astfel încât în ele să poată fi descoperite și virtuțile acestora, așa cum gândea Aristotel. Între „personajele" literaturii și persoanele vii, „în carne și oase" există în permanență un flux în dublu sens, o întrețesere și potențare reciprocă.

O concluzie a comentariului de mai sus este aceea că tema virtuților, a caracterului moral ca parte centrală a caracteriologiei – dar și configurarea trăsăturilor – e corelată cu existența oamenilor nu numai în desfășurarea efectivă a acesteia, ci și în reluarea ei în crearea personajelor, prin relatare, povestire, comentariu, interpretare, evaluare, deci prin reflectarea sa secundă în instanța logosului. Scriind despre virtuți, McIntyre (1998) sintetizează următoarele idei:

> Acțiunile omenești sunt narațiuni în act. Trăindu-ne viața, toți trăim narațiuni și ne înțelegem viața în cheie narativă. Pe această cale se realizează coerența întregii vieți a omului până la o anumită vârstă, identitatea sa în urma experiențelor trăite și sensul acestei existențe. Viața noastră, intersectată cu a altora, este angrenată în practici în cadrul cărora putem excela. Virtutea constă în excelența noastră în împlinirea practicilor în cadrul cărora interacționăm cu ceilalți și care

rezultă din sinteza poveştii vieţii noastre, prezentată explicit sau resimţită implicit. Doar evaluând pe baza naraţiunii vieţii, dăm semnificaţie virtuţii.

Existenţa oricărei persoane umane conţine în ea, cel puţin potenţial, o instanţă a personajelor.

1.7. Portretul, fisiognomia şi bio-psiho-tipologia secolului XX

În Europa de după Renaştere s-au dezvoltat portretele şi autoportretele pictate. Pictorul ce realizează portretul unui adult poate surprinde aspecte esenţiale nu doar ale formei feţei, ci şi ale firii acestuia. În portretul bine pictat putem vedea dacă eroul e naiv sau intransigent, nehotărât, fricos, mândru, alunecos, stăpân pe sine, perfid, resemnat, curat sufleteşte, naiv. Aceasta pentru că, până la vârsta respectivă, experienţele vieţii au sedimentat în om esenţialul modului în care el s-a manifestat în variate situaţii şi evenimente, iar portretistul, contemplând chipul acestuia, îl poate surprinde caracterial în toată complexitatea sa. Pe de altă parte, portretele membrilor unei familii, adunându-se în galeria de portrete, înfăţişează oameni ce se aseamănă între ei, au „un aer de familie", deşi prezintă şi multe deosebiri, multe particularităţi.

De curând a apărut în arta portretului caricatura, care subliniază specificul individului, caracterizându-l pregnant. Există însă o altă mare tradiţie a portretisticii figurative care încearcă să surprindă „caracteristicile caracteriale" ale unei persoane, pe baza virtualei asemănări a acesteia cu animalele. Se consideră că animalele au un specific tipologico-psihologic temperamental, caracterial, moral chiar, subliniat de folclor, fabule, mitologie, blazoane, heraldică. Astfel, încă din Antichitate a apărut tradiţia fisiognomonică (Baltrusaitis, 1972); sunt citate tratatele lui Pseudo-Aristotel, Polemon, Adamantias,

Pseudo-Apulus. În Pseudo-Aristotel se poate citi: „Boii sunt domoli şi leneşi. Au vârful nasului gros şi ochii mari. Leii sunt generoşi şi au nasul rotund şi turtit, ochii relativ adânciţi în orbite. Cei care au imprimate pe figură asemenea particularităţi sunt leneşi sau generoşi".

În secolul al XIII-lea apar multe traduceri ale cărţilor de fisionomie animală. În acest context apare şi lucrarea *Liber physiognomiae* a lui Michael Scot, astrologul şi magicianul lui Frederic al II-lea, ce se bazează pe surse greceşti şi arabe. De fisiognomie se ocupă şi Albertus Magnus sau Roger Bacon. În secolul al XV-lea, această doctrină e ilustrată în *Speculum Phisionomiae* a lui Michele Savonarola (1450). Lucrarea e un ghid pentru suverani în care se arată că oamenii se nasc sub semne astrale care le definesc caracterul şi înfăţişarea. Firea lor corespunde nu numai celor patru elemente – şi temperamente –, ci şi celor patru animale: flegmaticul are temperamentul mielului, sangvinicul, neastâmpărul maimuţei, melancolicul este asociat porcului, iar colericul, leului. Un moment celebru îl constituie *Fisiognomia umană* de Gianbattista della Porta (1541-1615), care apare în 1596 la Napoli. Corelaţia între caracterul omului şi al animalelor e intens subliniată şi susţinută cu desene convingătoare. Figuri proeminente ale romanilor sculptaţi sunt reproduse alături de imagini ale animalelor. Servius Sulpicius Galba are figura şi caracterul unui vultur, iar Socrate, ale unui cerb. Sunt prezentate desene expresive de om-leu, de om-bou, om-câine.

Ulterior, în corelaţie cu aspectul şi caracterul animalelor, de fisionomie s-au ocupat Rubens, Leonardo da Vinci, dar mai ales Charles Le Brun, care creează şi sisteme de măsurare pentru a-şi demonstra teoria. Prin poziţia înaltă ce o avea la curtea Franţei, acesta a teoretizat o caracteriologie uman-animală, bazată pe virtuţi şi defecte, care să orienteze suveranul în alegerea sfetnicilor. E interesant că presupusa asemănare cu animalele nu a sugerat doar o caracteriologie temperamentală, ci şi una a calităţilor morale.

Către sfârşitul secolului al XVIII-lea, ca figuri proeminente în fisiognomie se impun olandezul Camper (1721-1789) şi elveţianul Lavater. Camper e convins de „uimitoarea concordanţă" ce există în privinţa aspectului feţei – şi deci a caracterului – între patrupede, păsări, peşti şi om, iar desenele lui încearcă să demonstreze acest lucru. Lavater, care era teolog, încearcă să surprindă în studiile sale de fisiognomie aspecte ale caracterului în expresia feţei. Iniţial nu a dat o mare importanţă corelaţiei cu animalele, dar şi-a schimbat opinia influenţat lui Goethe.

Secolul al XIX-lea a continuat tradiţia celor precedente, remarcabile fiind desenele lui Doumier, corelate şi ele cu sfera politicului, dar acum perspectiva se schimbă. Doctorul Gall (1758-1828) propune o nouă disciplină ştiinţifică: frenologia. Controlul sufletului nemaifiind realizat de inimă, ci de creier în ansamblul său – nu doar de glanda pineală, invocată de Descartes –, constituţia creierului concentrează virtuţile, în diverse locuri ale sale, care devin mai mult sau mai puţin proeminente. Faptul s-ar repercuta asupra oaselor craniului, iar structura formei acestuia în zona creierului, şi nu a feţei, ar indica structura morală a omului. Deşi ideea lui Gall a avut urmări importante în ştiinţă, conducând la preocuparea pentru localizarea cerebrală a diverselor funcţii, interesul pentru trăsăturile faciale ca expresie a caracterului omului se restrânge treptat, în paralel cu declinul portretului. La vremea lor însă, ideile lui Gall erau atât de importante încât Hegel le-a comentat pe larg în *Fenomenologia spiritului* (1807).

Cercetările de fisiognomie în tradiţia iniţiată de Lavater continuă şi în prezent, mai ales în Şcoala Franceză, care se consideră urmaşă a lui Sigaud. De exemplu, Spinetta (1987) ia în considerare aspectul general al feţei, fruntea, nasul, maxilarele, dar şi expresivitatea sa constantă, mai ales prin privire şi zâmbet. În plus, în prezent ne stau la dispoziţie şi fotografiile, înregistrările video în diverse împrejurări,

interpretarea matematico-cibernetică a expresivităţii mimico-gestuale. Ansamblul acestor mijloace moderne nu poate însă înlocui sinteza pe care o făcea portretismul, care contempla existenţa unui *alt* om, aşa cum răzbătea aceasta în expresivitatea chipului său. Căci, dacă din copilărie reuşim să înţelegem intenţiile situaţionale ale altcuiva – aşa cum demonstrează „teoria minţii" –, înţelegerea morală a celuilalt necesită timp, contemplare şi sinteză.

Identitatea unei persoane în perspectivă tipologică sau în sens de fiinţă unică, ancorată în corporalitatea sa, rămâne, şi în prezent, o problemă de investigat, o temă de studiu.

1.7.1. *Bio-psiho-tipologia în secolul XX*

Faptul că există o legătură între corporalitate şi psihism – în sensul unei tipologii – a fost sugerat de doctrina hipocratică, ce nu aduce însă în discuţie forma corpului. Tradiţia fisiognomică a Europei s-a concentrat pe expresivitatea feţei şi moralitate. La sfârşitul secolului al XIX-lea, teoria degenerescenţei şi doctrina lui Lombroso au stimulat din nou ideea legăturii dintre ansamblul corporalităţii înnăscute şi psihismul individului. Era o reacţie împotriva localizaţionismului anatomo-patologic ce se impusese prin Wirchow în medicina secolului al XIX-lea. Descoperirea funcţiilor glandelor endocrine şi a integrării ce o realizează sistemul nervos central a stimulat preocupările faţă de această temă în medicină şi personologie. În acest context, apar biotipologiile lui Pende, Viola, Sigaud, Kretschmer. O parte dintre aceste doctrine se înscriu în paradigma numărului finit de tipuri, cultivată de astrologie şi hipocratism, chiar dacă, prin rubrica intitulată „şi altele", lasă o portiţă deschisă spre varietate.

Din această mişcare, pentru problema psihiatrică a tulburărilor de personalitate, momentul cel mai remarcabil este datorat lui Kretschmer (Kretschmer, 1930 ; Kunst, 1988). Pornind de la perspectiva psihiatrică,

Kretschmer, profesor la Tübingen, susţinea că există o corelaţie între forma corpului – aspectul vizibil corporal al persoanei în ansamblu, ce poate fi înregistrat şi măsurat – şi particularităţile sale psihologice de fond, temperamental-caracteriale. Nu se are în vedere doar chipul, ca în fisiognomia predominant morală, ci întregul corp, ca în doctrina temperamentelor. Tipul morfologic „picnic", cel cu linii rotunde şi predispus spre îngrăşare, cu umeri mici şi abdomen mare, cu nas, bărbie, urechi şi faţa, în general, rotunjite, fără linii colţuroase sau sistem muscular bine dezvoltat, este un tip morfologic care, din punct de vedere psihic, este spontan, sociabil, firesc, natural, neproblematizant, vesel sau trist, prietenos, petrecăreţ, superficial. Lista calificativelor caracterizante nu e sistematic organizată sub aspect ştiinţific psihologic şi nu e nici argumentată, ci alcătuită intuitiv. Ipoteza şi doctrina lui Kretschmer merg mai departe. Acest tip bio-psihologic poate avea variante anormale sub aspect caracterial, cu manifestări depresive şi hipomane. În plus, e predispus spre boala psihică denumită psihoză maniaco-depresivă.

Alături de tipul morfo-psihologic „picnic", se mai descriu tipurile „leptosom" (astenic) şi „muscular-atletic". Fiecare e descriptibil printr-un aspect corporal care poate fi comentat în anumiţi termeni: „leptosomul" este subţire, cu trăsături colţuroase, iar din punct de vedere psihic e un astenic, introvertit, problematizant, indecis, lipsit de spontaneitate, ezitant, care leagă greu prietenii şi se ocupă de abstractizări. Din punctul de vedere al personalităţii anormale, el apare ca un schizoid, iar în caz de boală psihică e, în general, predispus spre schizofrenie. „Muscular-atleticul" seamănă cu statuile lui Hercule şi cu atleţii culturişti. Sistemul osos şi muscular e bine dezvoltat, capul e pătrat, cu linii bine conturate, gâtul puternic, umerii largi, bazinul mic. Faţa are trăsături ferme. Sub aspect psihologic, e un om ordonat, meticulos, care progresează lent în acţiune, din aproape în aproape, fiind perseverent până la final. E stabil afectiv, hipoemotiv, constant în prietenii şi relaţii, de încredere – dar rigid –, se

adaptează greu la noutăţi şi nu este impulsiv şi spontan. Cumulează afectele negative, le controlează mult timp, pentru ca, la un moment dat, când „paharul s-a umplut", să reacţioneze brusc, exploziv, necontrolat, ulterior putându-i părea rău. Iar ciclul se repetă. Ca persoană anormală, ar corespunde „epileptoidului", aşa cum fusese descris în epocă, ca o „constituţie" (în accepţiunea lui Minkowska). În psihopatologie, ar corespunde epilepsiei. Aceste trei tipuri ale lui Kretschmer ar avea, conform autorului, corespondente şi în lumea creatorilor, mai evidente fiind cele din lumea scriitorilor.

Ideile lui Kretschmer au fost reluate de către Sheldon, care a propus o fundamentare teoretică. Cele trei tipuri de bază ar avea ca fundament dezvoltarea celor trei foiţe embrionare : ectoderm („picnicul"), endoderm („leptosomul"), mezoderm („muscular-atleticul"). S-au reluat măsurătorile corporale şi psihologice, s-a procedat la fotografierea mai multor cazuri şi la suprapunerea fotografiilor pentru a se obţine o „fotografie tip", sintetică, dar această doctrină şi drumul pe care ea s-a angajat nu au dus nicăieri.

Preocupările faţă de tipologia umană, cu rădăcini în biologie, s-au păstrat în decursul secolului XX şi în alte perspective de cercetare. Una a fost cea privitoare la domeniul activităţii corticale a sistemului nervos central, în continuarea studiilor lui I.P. Pavlov. Acestea au păstrat, în general, modelul celor patru tipuri, definite în paradigma tipurilor lui Hipocrate. O altă variantă, mai nouă, se bazează pe neurotransmiţătorii ce stau la originea unei tipologizări tot cu patru variante temperamentale, promovată de Cloninger.

1.8. Cele două metode în caracteriologie

Temperamentul şi caracterul ajută la descrierea, clasificarea, identificarea şi individualizarea oamenilor. Se are în vedere polul corporal-biologic al omului, precum şi cel psihologic, atât în dimensiunea

temperamentală a acestuia – de sorginte biologică –, cât şi în cea specific umană, centrată pe eul conştient şi descriptibilă prin logos, pe baza expresivităţii sale specific umane.

Caracterizarea oamenilor se realizează după două metode. Una porneşte de la principii şi delimitează un număr finit de clase, individul urmând să aparţină uneia dintre ele şi să exprime atributele acesteia. Aşa s-a procedat în tipologia zodiacală şi în cea hipocratică. Cealaltă metodă porneşte de la descrierea de portrete cazuistice pregnante, care se cumulează inductiv într-o „galerie de portrete", se grupează în „zone de acumulare", în conformitate cu „un aer de familie". Psihologia diferenţială a trăsăturilor din secolul XX combină aceste variante, luând ca punct de plecare lexicul caracterizant şi o ierarhie a modurilor de manifestare ale persoanei, a trăsăturilor sale, dar şi tipologia categorială a tulburărilor de personalitate.

1.9. Perspectiva conceptului de *persoană*

Din suita de concepte care circumscriu individualitatea realităţii umane – individ, subiect, subiectivitate, eu, conştiinţă, temperament, caracter – conceptul de *persoană* a părut a fi, la un moment dat, o cheie de boltă. În prezent, sitagma de *persoană umană* este mult folosită.

Conceptul de *persoană* are însă o istorie în care corelaţia cu individul uman real şi concret nu e pregnantă de la început. Oricum, noţiunea de *persoană* nu era semnificativ corelată cu cea de *caracter*, cu puţin până la sintezele lingvistice şi conceptuale din secolul XX, în care s-a încercat să se constituie şi o psihologie a persoanei.

După cum se ştie, termenul de *persoană* derivă din latină (*persona*) unde se referea iniţial la masca purtată de actor la teatru, pentru a se încadra în generalitatea unui tip de erou, vesel sau trist.

Masca avea şi calitatea de a amplifica sunetul (etimologic, *persona* derivă de la *personare*). Este vorba deci de o „faţă" simbolică, de reprezentare a unui erou fictiv. Echivalentul grec era *prosopon* care înseamna, de asemenea, „faţă" a ceva, a unei armate, nave, inclusiv a unui om, dar şi figură artificială, mască de teatru. De la început, *persoană* s-a referit la reprezentarea cuiva de către cineva, nu doar pentru sine, ci şi pentru alţii. Suntem într-un domeniu care nu e cel al manifestării nemijlocite a individului, ci într-unul mijlocit prin mască – faţă, chip – şi personaj – care se afirmă, există practic în instanţa povestirii relatate, a piesei reprezentate, a mitului invocat, a unui text lecturat, dar şi al biografiei sau autobiografiei potenţiale a fiecărui om.

Conceptul de persoană *în jurisprudenţă*

Conceptul de *persoană* este pe larg utilizat în jurisprudenţă (Popa, 2005). Dreptul roman a statuat conceptual de *persoană juridică* pe care l-a transmis apoi Europei, astfel încât acesta există ca atare şi în zilele noastre. Dreptul de astăzi înregistrează studii speciale pe această temă, în care se discută despre persoană ca subiect de drept. Aceasta este prestatoare de drepturi şi obligaţii în societăţile civile organizate politic. La capitolul „Persoană fizică" în tratatele de drept e menţionată identificarea acesteia prin nume, domiciliu, stare civilă, i se înregistrează apariţia (prin înscrierea în registrul Stării Civile) şi dispariţia (printr-un un act oficial de ştergere din registrul Stării Civile). Ei i se recunoaşte dreptul la proprietate şi la folosire a acesteia. E recunoscută, de asemenea, „persoana juridică", ce constă dintr-o asociere sancţionată contractual, prin care două sau mai multe persoane fizice se obligă să pună ceva în comun pentru atingerea unui scop determinat.

„Persoana" din jurisprudenţă nu are nici o legătură directă cu afirmaţiile făcute din perspectiva temperamentului şi caracterului, a

subiectivității, eului, conștiinței și sinelui individului uman. Ea e o funcție de reprezentare care, totuși, în societatea de drept, încadrează și urmărește din umbră persoana reală, de la nașterea acesteia (uneori chiar înainte de naștere) și până la moarte (care, și ea, trebuie înregistrată juridic). Perspectiva juridică asupra persoanei a jucat un rol în conceperea noțiunilor sociologice de „statut" și „rol social", care au o legătură ceva mai strânsă cu viața trăită a subiectului.

Conceptul de persoană *în dogmatica creștină*

Conceptul de *persoană* a făcut o carieră strălucită nu numai în drept, ci și în dogmatica creștină. Creștinismul fiind o religie care mărturisește un Dumnezeu în trei ipostaze, legătura dintre acestea se cerea cumva circumscrisă și explicată. După ce Conciliul de la Niceea a stabilit dogma consubstanțialității acestor ipostaze, ea trebuia detaliată. Astfel, s-a împrumutat conceptul de *persoană* din jurisprudență, domeniu foarte important în Imperiul Roman, în cadrul căruia se forja dogma creștină. Persoanele sunt concepute, de regulă, față în față și mereu în comunicare. Astfel, s-a rezolvat nu doar paradoxul unității în treime, ci și teza comunicării, prin iubire, a celor trei persoane dumnezeiești. Precizarea a fost făcută de Boetius (Boetius, 1992). Se definește astfel că persoana este „substanță individuală rațională", iar conceptul e propriu ipostazelor lui Dumnezeu, care, în esență, e unic. Se mai adaugă faptul că nu oricărei naturi i se poate aplica termenul de *persoană*.

În universul lumii creștine, conceptul de *persoană* a fost atribuit lui Dumnezeu, și nu omului. Această atitudine s-a prelungit până la sfârșitul secolul al XVIII-lea și până la opera lui Kant. Și în prezent, în bisericile creștine, dogma vorbește constant și insistent despre „persoanele divine". Faptul e valabil și în ortodoxism, amplu prezentat și comentat în România de părintele Stăniloaie (1987). Privitor la iubirea dumnezeiască, putem cita:

Dumnezeu e din veci iubitor, înainte de creaţie, de timp ; e iubirea între persoanele treimi ; [...] în iubire se arată distincţia între persoanele ce se iubesc şi unirea între ele pe măsura iubirii reciproce ; [...] cel iubit e altul decât tine şi este unit cu El ; [...] prin iubire se afirmă mişcarea interioară a Sfintei Treimi, unirea totală dintre cele trei persoane, odihna fiecăreia în cealaltă - perihoreză -, având fiecare în celelalte totul şi neavând de a căuta ceva dincolo de ele...

Conceptul de persoană *în perspectivă etică*

Omul e capabil de iubire prin reflex divin, prin faptul că e creat după chipul şi asemănarea lui Dumnezeu. Aceasta i-ar conferi şi o calitate secundară de persoană, dar numai pentru a se întoarce către Dumnezeu, pentru a-l iubi. Persoana a fost pentru om multă vreme o calitate secundară, iar omul a fost descris ca atare în afara conceptului de persoană, chiar şi după parţiala sa „răzvrătire" faţă de Dumnezeu din vremea Renaşterii, când s-a pus accentul pe unicitatea individului uman. Acesta era considerat ca având o demnitate proprie, un rang mai puţin umil în faţa lui Dumnezeu decât se considera înainte, fapt ce a condus chiar la unele idei temerare ale afirmării de sine, cel puţin în planul politic (Machiavelli) şi al manipulării maselor (Giordano Bruno). Acest individualism a căpătat o altă faţă odată cu doctrina protestantă, care pretinde omului să aştepte harul lui Dumnezeu în intimitatea propriei subiectivităţi, iubindu-l şi rugându-se tot timpul la fel. Omul european şi-a descoperit noi virtuţi individuale odată cu etosul capitalismului, care, cum spunea Weber (1933), are la bază etosul protestant.

Apropierea omului de statutul de persoană se face pe acest fond al creşterii individualismului, a stimei de sine şi a încrederii în sine, a valorificării propriei demnităţii, la nivelul unei conjuncţii dintre persoana juridică şi cea a lui Dumnezeu, în cadrul noii etici inaugurate de Kant.

În *Critica raţiunii pure*, Kant prezintă omul ca pe una dintre „fiinţele raţionale finite posibile", desigur corporală, pentru a exclude

îngerii. E, de fapt, singura ființă de acest gen la care avem acces pentru a o analiza, dar Kant insistă în mod repetat asupra posibilității multiplicității lumilor și a ființelor raționale posibile. Conceptele prin care el caracterizează omul – în afară de *intelect* și *rațiune* – sunt cele de *eu* și *conștiință*.

Ideile de bază ale lui Kant sunt: autonomia omului, ca individ, eu, conștiință, raționalitate; nevoia imperioasă de demnitate și respect; libertatea în decizii; autodeterminarea; dar și supunerea față de rigorile legii morale, ale imperativului categoric, care apare ca datorie, fiecare om conștient, rațional trebuind să fie un scop în sine, și nu un mijloc.

Limbajul legalist-juridic, a fost remarcat de toți comentatorii lui Kant. În cea de-a doua *Critică* (Kant, 1972), conceptul de *persoană* e prezentat deja – deși rar – ca exemplu în tabelul categoriilor libertății, unde, la cea de-a treia poziție, apar: personalitatea, starea persoanei și relațiile reciproce ale persoanei cu stările altei persoane. În restul operei, termenul de *persoană* este rar folosit, dar ansamblul conceptual și doctrinar era deja pregătit. Omul e privit ca deținător al unei demnități majore care nu-l mai face dependent de Dumnezeu, astfel încât poate institui etica prin el însuși. Mai mult, prin relațiile etice dintre oameni – care devin „persoane", așa cum erau privite, prin tradiție, persoanele lui Dumnezeu –, se ajunge la sesizarea unei zone „noumenale" dincolo de cea „fenomenală", ceva de „origine angelică", astfel încât însuși comportamentul etic poate deveni un fel de dovadă, indirectă, a existenței lui Dumnezeu. Așa cum arată Bellu (1974), în lucrarea *Religia în limitele rațiunii pure*, Kant ajunge să formuleze explicit faptul că omul are „demnitate de persoană", susținând că:

> Omul este un adevăr destul de profan – nesfânt –, dar umanitatea din persoana lui trebuie să-i fie sfântă. Personalitatea este indicele care

autentifică acel stadiu atins când omul se manifestă în ceea ce întreprinde ca fiind conştient de ceea ce este şi de ceea ce ar putea fi, conştient de ceea ce trebuie să fie. Datoria morală a fiecăruia este de a-şi onora umanitatea din persoana sa, de a face din sine o *personalitate* (s.n.). Omul nu este oaie în turma Domnului, ci propriul său creator şi stăpân.

În concepţia lui Kant, omul nu e o personalitate prin faptul că s-a născut, aşa cum, de exemplu, este o persoană juridică. El are în sine o „dispoziţie la personalitate". Dacă, odată cu Kant, personalitatea ajunge „pe pământ", „printre oameni", legătura ei cu divinitatea nu dispare, aşa cum o dovedesc mişcările personaliste ulterioare. Însă acum devine posibilă, în plan etic, o legătură între calitatea de persoană a individului uman şi sensul moral al caracterului, tematică sedimentată de-a lungul veacurilor.

Personalismele

În secolul al XIX-lea termenii de *persoană* şi *personalitate* au fost folosiţi în mod uzual şi firesc, oamenii nemaisfiindu-se să şi-i atribuie. Nu au apărut însă doctrine importante centrate pe persoana umană. Preocupările intelectualilor vizau dezvoltarea ştiinţei, istoriei şi politicii statelor naţionale. În cadrul Romantismului s-a acordat atenţie persoanelor de excepţie, geniului – pe care l-a teoretizat tot Kant (1981) în cea de-a treia *Critică* –, personalităţii creatoare, în artă şi istorie. Inspiraţia acestora a fost, la un moment dat, considerată de sorginte divină – la fel ca în vremea lui Platon –, dar, uneori, şi demonică. Vremea romantismului începe să erodeze raţionalismul triumfător al Secolului Luminilor. Apare inconştientul, rolul major al visului, forţa iraţionalului, a misticului, atotputernicia omului, evoluţia ideii de *supraom*.

Către sfârşitul secolului al XIX-lea apar curentele „personaliste", de inspiraţie religioasă. La Şcoala din Boston, afiliată Bisericii Metodiste Americane, Bowne (1847-1910) dezvoltă un personalism

protestant, în cadrul căruia s-au mai remarcat Brighton şi Knudsen. Ulterior, prin Renouvier se afirmă personalismul catolic francez. Varianta franceză va avea cea mai lungă existenţă, atât în perspectivă creştină (prin Maritain, Marcel), cât şi în varianta necreştină (prin Mounnier şi grupul Esprit). S-au mai semnalat şcoli personaliste la Cracovia (prin Ingarden, profesor al lui Karol Wojtyla, viitorul papă Ioan Paul al II-lea) şi la Praga.

Personalismul a pătruns, explicit sau implicit, şi în Germania, la filosofii de orientare fenomenologică. Fenomenologia lui Husserl pune accentul pe conştiinţă, subiect şi subiectivitate, fără a comenta persoana, deoarece nu imaginează raportarea „faţă în faţă" a indivizilor umani. În ultima perioadă în care tema *alter-ego*-ului a devenit centrală, Husserl (1994) a dezvoltat ideea unei „intersubiectivităţi transcendentale", fără a face apel la conceptul de *persoană*. Totuşi, în cadrul fenomenologiei, unii autori au analizat tema persoanei. Cel mai pregnant a făcut-o Max Scheler, care, pe bună dreptate, este considerat „personalist".

În lucrarea sa fundamentală, *Etica materială a valorilor*, Scheler reia principalele teme ale lui Kant, pe care încearcă să le reformuleze (Boboc, 1971). Autonomia omului, libertatea şi responsabilitatea, respectul pentru celălalt sunt punctele de plecare. Scheler formulează explicit faptul că e vorba despre persoane umane, iar doctrina sa va fi cea a unui personalism etic. Orice om, în măsura în care e pură persoană, este o fiinţă individuală, unică şi distinctă de alţii. Contrar universalismului pur al eticii formaliste a lui Kant, personalismul etic concepe persoana drept existenţă individuală exemplară, care nu apare decât o singură dată. E vorba de o persoană reală, afectivă, ce iubeşte şi se implică în relaţii, inserându-se în destinul moral al altora, participând la meritele şi culpabilitatea lor, dar omul e fiinţă morală nu în calitatea sa de fiinţă biologică, ci în cea de fiinţă spirituală, ce îşi întemeiază acţiunile pe valori. Inteligenţa nu caracterizează

omul aşa de pregnant ca spiritul său axiologic. De aceea, Scheler nu e de acord cu „filosofia vieţii", care afirmă că esenţială în om este acţiunea anumitor forţe oculte „vitale", şi nu spirituale. Omul real se raportează diferit, din punct de vedere afectiv, la ceilalţi, se implică în existenţa lor, se potenţează reciproc cu ei prin iubire, îşi justifică şi argumentează acţiunile ca sens şi responsabilitate, e mereu gata să răspundă pentru ceea ce a făcut. Pentru că e persoană spirituală, el e totdeauna în raport cu alţii, iar existenţa sa are un anumit sens.

Etica lui Scheler nu s-a îndepărtat de abordarea sociologică şi istorică, fiind mai apropiată de omul real decât etica angelică a lui Kant. Ea a comentat şi ipostaza eroilor, sfinţilor, geniilor, toţi impunându-se ca tipuri exemplare.

Cu excepţia lui Scheler, mişcările personaliste au fost mai aproape de politică decât de elaborări etice. Este cazul personalismului francez a lui Mounier şi al revistei *Esprit*. Într-o sinteză asupra personalismului, acesta (Mounier, 1969) comentează următoarele teme:

- existenţa necorporală a omului - persoana emerge din natură, dar o transcede;
- comunicarea interpersonală – personalismul combate individualismul, dar şi colectivismul, pledând pentru unitatea persoanei;
- intimitatea e necesară, ca reculegere, univers privat, individul coborând în profunzimile sinelui de unde revine spre exterior;
- confruntarea – din singurătate persoana porneşte pe drumul afirmării făcând o serie de alegeri personale;
- libertatea fără limită a persoanei;
- eminenţa demnităţii persoanei;
- angajarea.

Personalismul e văzut ca o emergenţă a societăţilor democrate, ca o constantă şi o măsură a acestora. Mounier a scris şi un *Tratat*

despre caracter, în care istoria caracteriologiei e doar amintită, iar specificul acesteia e tratat superficial, în pofida titlului.

Personalismul şi tradiţia kantiană au avut o importantă contribuţie la redactarea Declaraţiei Universale a Drepturilor Omului, în care referinţele la respectarea demnităţii persoanei revin la tot pasul. Personalismul european a pierdut în ultimele decenii din însemnătatea pe care a avut-o timp de mai multe decenii (Delors, 1999). El rămâne important pentru etica religioasă, dar migrează şi spre mişcările unor grupuri şi asociaţii care apără drepturile unor minorităţi, dreptul naturii de a fi protejată, dreptul la o moarte decentă a bolnavilor, o economie care manifestă grijă pentru persoană. Totuşi, cei care se mai interesează de etică nu trebuie să uite lecţia personalismului. Într-o sinteză recentă, Janssens (1999), în numele personalismului, descrie şi afirmă opt dimensiuni esenţiale ale persoanei: 1. persoana umană e un subiect, şi nu un obiect; 2. e un subiect „încorporat", nu abstract; 3. datorită corporalităţii, e o fiinţă ce există într-o lume; 4. persoanele umane se orientează direct unele spre altele; 5. suntem fiinţe sociale ce trăim în grupuri; 6. persoana umană e o fiinţă istorică; 7. persoanele umane sunt fundamental egale; 8. persoanele umane sunt, în mod fundamental, orientate spre Dumnezeu. Se observă că şi în acest amurg al personalismului sorgintea divină a conceptului de *persoană* nu poate fi uitată.

O ultimă încercare de filosofie etică ce ar putea fi corelată cu tradiţia personalistă este cea a lui Levinas (1999). Deşi autorul are pretenţii de abordare filosofică generală, chiar ontologică – cu trimiteri la Platon şi Heidegger –, gândirea sa se concentrează într-o zonă de etică personalistă, în care omul e înţeles ca raportându-se la semenul său „faţă în faţă", adică „persoană către persoană". În comentariile lui Levinas se întrezăreşte limbajul creştin şi metaforic, care îndepărtează punctul său de vedere de orice aplicare sociologică şi istorică. Limbajul său vag şi neprecizat a făcut, poate, ca aceste comentarii să fie apreciate de cei care au încercat să le interpreteze ca pe o eventuală „etică postmodernistă".

Persoană, sociologie, economie

Noţiunea de *persoană* a fost în mod constant corelată cu manifestarea, expresivitatea, comunicarea, afirmarea individului uman ce stă „faţă în faţă" cu altul sau, în general, cu alţii. Dezvoltarea sociologiei are în vedere acest aspect al manifestării publice a oamenilor, fiind astfel intim articulată cu conceptul de *persoană*. S-au dezvoltat însă şi noţiuni paralele, între care o carieră deosebită au făcut-o cele de *statut* şi *rol social*. Una dintre cele mai celebre şi discutate teorii a fost cea a lui Talcott Parsons, care se referă la sistemul social şi al acţiunii sociale. Între lucrările sale importante se numără *The structure of social action* (1937), *The social system* (1985), *Social structure and Personality* (1964). Tema personalităţii nu putea lipsi unei mari teorii sociologice, însă ea apare acum din perspectiva funcţiilor şi acţiunilor sociale, ceea ce conduce către subiectivitatea conştientă şi intimitatea persoanei. Aceasta poate fi tratată acum ca „agent social", ca „agenţie" (*agency*), putând fi ignorată până la un punct chiar inserţia sa în corporalitatea bio-psihică. Totuşi, din perspectiva generală a sistemelor, Parsons acceptă patru componente ale personalităţii: organic-comportamentală, a personalităţii, culturală şi socială. Acţiunea ar fi motivată de o nevoie de satisfacţie şi atingere a unei stări de echilibru, fapt ce apropie sistemul său de concepţia lui Freud. Ideea de personalitate pe care o vehiculează e însă abstractă, astfel încât sociologii de generaţie mai nouă au insistat asupra necesităţii de „personalizare" a sociologiei, chiar de inserţie explicită a acţiunii sociale într-o persoană corporală reală.

Personalismul a pătruns şi în economie, în contextul dezbaterilor liberale privitoare la libera iniţiativă. La acest nivel, sensurile juridice se întâlnesc cu cele etice, economice, politice, spirituale şi chiar psihologice ale conceptului de *persoană*. Programele economice nu se mai sustrag pespectivei personaliste, tocmai ca o contrapondere faţă de accentul pus de unele doctrine pe macroeconomie şi în raport cu cinismul în afaceri practicat şi teoretizat de anumite grupuri de acţiune.

1.10. Sensul larg al noţiunii de *persoană*

Noţiunea de *persoană* are, desigur, şi un înţeles psihologic specific uman, care va fi comentat în continuare, dar el nu se reduce la universul psihologiei. În secolul XX, termenul de *persoană* a intrat în limbajul curent, cel al vieţii de zi cu zi, în el sedimentându-se înţelesuri multiple pe care le relevă istoria ideilor. În plus, există o legătură intimă între noţiunile ce se referă la polul individual al umanului, care, de-a lungul istoriei, au avut şi ele înţelesuri, semnificaţii şi importanţe diferite. Conceptul de *persoană umană reală* se corelează cel mai bine cu cel de *caracter*, în dublul sens al acestuia, de particularităţi tipologice şi caracteristici morale, articulate cu virtuţile. De la caracter se coboară către sine, eu şi conştiinţă. Conceptul de *subiectivitate* (conştientă) este unul care a apărut în istoria omului european (fiind strâns corelat cu cel de *persoană*) şi porneşte de la dimensiunea biologică drept contrafaţă înspre intimitate a manifestării şi expresivităţii publice de tip mască şi a reprezentării sociale a acesteia.

Subiectivitatea este necesară pentru a contracara permanenta tentaţie de alunecare spre „impersonal". În franceză, de altfel, termenul *personne* înseamnă „nimeni". Conceptul de *psihism al persoanei umane* le include pe toate, cu specificaţia că psihismul uman porneşte de la dimensiunea biologică şi se prezintă ca o continuitate a psihismului biologic. Noţiunea de *minte* (*mind*) s-a impus mai recent, mai ales în cadrul cognitivismului filosofic (*mind body problem*) şi al studiilor neurofiziologice privitoare la biologia conştiinţei. Dar ea are o mare încărcătură de „impersonal".

Toate acestea fiind spuse, este evident că nu poate fi dată o definiţie generală univocă sau una strict psihologică pentru *persoană umană*.

Capitolul 2

Psihologia persoanei – curente şi doctrine

Psihologia persoanei despre care s-a vorbit în secolul XX şi se vorbeşte şi în prezent nu e o ştiinţă unitară, ci o reuniune de preocupări şi studii efectuate prin diverse metodologii, implicând variate doctrine, concepte şi teorii, toate vizând polul individual al umanului, considerat, mai mult sau mai puţin, în ansamblul său. Ea se deosebeşte astfel de psihologia funcţiilor psihice, de exemplu a atenţiei. Nici studierea unor funcţii complexe, precum cogniţia sau motivaţia, nu acoperă domeniul. Se are în vedere ansamblul individului uman atât în dimensiunea sa biologică, dar şi conştientă, ce există în cadrul unei nişe ecologice umane dimensionate prin logos, norme şi valori, individ ce se dezvoltă ontogenetic, precum şi de-a lungul unui parcurs de viaţă, afirmându-se în cadrul unor diverse situaţii, interacţionând cu alţi oameni într-un context sociocultural dat.

În zona psihologiei persoanei, psihanaliza se intersectează cu doctrinele ce s-au dezvoltat din ea: cercetările orientate comportamentalist, cognitivist şi cele privitoare la trăsături (în măsura în care sunt integrate în comportamentele interpersonale), preocupările legate de motivaţie, controlul acţiunii, formarea şi transformarea persoanei în timp. Dintr-o altă perspectivă, psihologia persoanei se diferenţiază de cea a microgrupurilor umane şi de psihosociologie, în general. Legătura cu psihopatologia şi, mai ales, cu psihoterapia a fost constantă şi flexibilă. O parte dintre preocupări se plasează în

continuarea a ceea ce, în trecut, se înţelegea prin tipologie caracterială, altele au legătură cu comportamentul social al persoanei, cu adaptarea sa la împrejurări variate, cu autocontrolul şi creativitatea.

Termenul generic de *persoană* apare ca o umbrelă, domeniul nefiind foarte strâns corelat cu înţelesul tradiţional al conceptului. Perspectiva religioasă a persoanei iese, de obicei, din discuţie; de asemenea, în mare măsură şi cea etică sau sociopolitică, deoarece se consideră că acestea nu sunt abordabile prea comod prin metodologii acceptabile pentru conceptul de *ştiinţă psihologică* pe care l-a dezvoltat secolul trecut. În tot cursul secolului XX şi chiar în prezent nu s-a putut cădea de acord asupra unei definiţii sau circumscrieri, acceptabile pentru majoritatea psihologilor, a înţelesului noţiunii de *persoană umană*. Din acest motiv, o vom cita cu valoarea ei tradiţională.

2.1. Bilanţul lui Allport

Allport (1937) a identificat 49 de definiţii ale personalităţii, utilizate în teologie, filosofie, justiţie, sociologie şi psihologie, dar a şi adăugat acestora o definiţie în plus.

Personalitatea este „organizarea dinamică în interiorul individului a acelor sisteme psihofizice care determină adaptările sale unice la mediul său ce îi influenţează comportamentul şi gândirea caracteristică". Se remarcă faptul că, în definiţia de mai sus, Allport invocă „sistemele psihofizice", ceea ce sugerează o apropiere de psihologia biologică şi nu afirmă explicit vreun indicator specific uman al psihologiei persoanei, fapt ce contrastează cu programele sale de cercetare.

Allport (Feist, 1985; Allport, 1970) s-a afirmat în SUA la mijlocul secolul XX, într-o perioadă în care „psihologia persoanei" era la început. Cele două lucrări de bază ale sale apar între 1937 şi

1961, plasându-se la confluenţa mai multor curente. Allport a fost reprezentativ pentru atitudinea „holistă" ca alternativă faţă de cea orientată pe trăsături şi psihologia diferenţială a persoanei. E semnificativ faptul că Allport e singurul dintre marii psihologi americani care au studiat în Germania (la şcoala gestaltistă a lui Wertheimer), „exportând" din Europa opţiunea pentru unicitatea şi înţelegerea intuitiv-globală a persoanei umane (inspirată de Stern). S-a impus criticând psihanaliza şi behaviorismul pentru maniera lor generală „nomotetică" de abordare a omului şi pledând pentru înţelegerea „idiografică". Ca metode de investigare, a propus studierea autobiografiei, a înregistrărilor verbale, interviurilor, analiza viselor şi a confesiunilor, jurnalelor, scrisorilor, chestionarelor personalizate, scalelor cu ancore în direcţia *self*-ului, testelor expresive şi proiective, operelor literare şi artistice create de subiect, a scrierii automate, înregistrării vocii, gesturilor corporale, scrisului de mână etc. La acestea se adaugă scalele de autoevaluare, listele de adjective, testele standardizate. Din simpla enumerare se poate observa absenţa unei singure idei directoare.

O astfel de abordare aminteşte de metoda fenomenologică a lui Jaspers şi, desigur, nu avea cum să aibă succes într-un univers ştiinţific ce se dezvolta în direcţia standardizării şi a nomoteticului. De aceea, e curios cum Allport, care, în plus, nu susţinea o psihoterapie clar structurată, capabilă să permită cercetări empirice, s-a bucurat totuşi de respect constant în America.

În comentariul şi analiza persoanei, Allport invocă factorii genetici şi cei dobândiţi, insistând că la naştere şi, în general, la vârstele mici nu se poate vorbi de personalitate, aceasta formându-se prin dezvoltarea corporală, a inteligenţei, temperamentului şi, mai apoi, prin dezvoltarea unor trăsături şi a unor dispoziţii personale. Acestea din urmă sunt de diverse tipuri, unele fiind specifice anumitor persoane, ca dispoziţii centrale. Ele se grupează, în cele din urmă, într-o zonă proprie şi specifică numai individului luat în discuţie,

aşa-zisul *proprium*, care semnifică ceea ce, în general, e indicat prin „eu" şi „sine" (*self*). Această zonă centrală este cea din care pornesc iniţiativele, atitudinea practică, fiind, în acelaşi timp, sediul identităţii cu sine. În calitate de fiinţă practică, persoana provoacă lumea din jur, şi nu doar se adaptează. Motivaţia are autonomie conjuncturală, e multifaţetată, nefiind reductibilă la unul sau la câteva principii motivaţionale. Persoana se maturizează treptat, ajungând să fie capabilă de dragoste, de un sens extins al sinelui, simţindu-se sigură, încrezătoare, acceptându-se pe sine, la nevoie cu umor şi cu o filosofie de viaţă proprie. Oricum, fiecare persoană umană e unică şi irepetabilă. De aceea, psihologia persoanei a lui Allport a mai fost numită şi „psihologie a individualului". Ea sugerează o antropologie în miniatură, nefiind centrată pe un câmp doctrinar bine definit.

Poziţia lui Allport este importantă ca încercare eclectică între ceea ce se realizase până la mijlocul secolului XX şi ceea ce se anunţa ca nou, pe atunci, în domeniul psihologiei persoanei.

2.2. Psihanaliza clasică a lui Freud

Aceasta nu a fost de la început ceea ce, în vremea respectivă, se numea o psihologie, ci o doctrină antropologică ce încerca să explice unele comportamente umane, mai ales anormale, pe baza unei motivaţii profunde. E foarte interesantă geneza şi viziunea ei asupra omului.

La sfârşitul secolului al XIX-lea, în plină dezvoltare a scientismului empiric şi a doctrinei evoluţioniste, doctorul Freud din Viena (Elfemberger, 1994), preocupat de neurologie, dar şi de hipnoză, ajunge să reactiveze mari teme ale antropologiei romantice, precum importanţa visului, dinamismul inconştientului (ca fiind mai important decât conştiinţa), conflictul intrapsihic şi problema morală a vinovăţiei (psihiatria romantică a descris boala psihică drept consecinţă a

culpei), rolul major al instinctului. Odată cu psihanaliza sa, Freud relansează interpretarea de tip hermeneutic a viselor şi a datelor obţinute prin asociaţii libere. Hermeneutica a avut o largă dezvoltare mai ales în interpretarea Bibliei, fiind relansată la începutul secolului al XIX-lea de către Scheirmacher (ulterior, ea a stat la baza conceperii de către Dilthey a „ştiinţelor umane", fiind reluată de Jaspers, Heidegger, Gadamer, Ricouer etc.).

Freud scoate la suprafaţă această întreagă recuzită romantică şi o livrează sub un ambalaj de obiectivitate ştiinţifică, prin ascultarea atentă a pacientului şi supralicitarea – în teorie – a unor principii ale cauzalităţii. Aspectul original al tehnicii de investigare a lui Freud a fost analiza afirmaţiilor spontane ale subiectului (rezultate din asociaţii libere prelungite), analiza şi interpretarea viselor prin folosirea unor metode de interpretare hermeneutică. Acest proces se desfăşoară în cadrul unor situaţii şi relaţii interpersonale speciale, în spaţiu privat, intim. Situaţia era de natură să reorienteze tendinţa spre mărturisire, cultivată în mod tradiţional de spovedanie. În această ambianţă se ajunge la o relaţie interpersonală puternică, la un „transfer", care – spune Freud – reactivează legătura originară cu unul dintre părinţi, transfer ce se cere, la rândul său, analizat şi interpretat.

Acest context al investigaţiei şi menţinerea temelor romantice a condus la construcţia treptată a unui model al omului individual, interpretat ca structurându-se în prima copilărie, în cadrul relaţiei foarte apropiate cu părinţii. Schematic, aceasta cuprinde trei instanţe: *id*-ul sau sinele, care exprimă pulsiunea către obţinerea plăcerii, fapt ce detensionează şi crează o stare de echilibru, de bine. Altă instanţă e *super-ego*-ul – supraeul –, care reprezintă interdicţiile, predominant morale, ce vin din partea părinţilor – ca reprezentanţi ai societăţii – şi care sunt interiorizate, introjectate, împreună cu *imago*-urile acestora. Între acestea două se află *ego*-ul, ce mediază conflictul dintre ele şi adaptarea la realitate. *Id*-ul reprezintă instinctivitatea romantică, iar *super-ego*-ul, conştiinţa morală (supralicitată în acea

perioadă). *Ego*-ul e în concordanţă cu erodarea temei conştiinţei, predominantă la cumpăna dintre secolele al XIX-lea şi XX.

Pe lângă triada *id* – *ego* – *super-ego*, psihanaliza a mai introdus-o şi pe cea conştient-preconştient-inconştient. Pe lângă pulsiunile instinctive, la originile inconştientului stă, în viziunea lui Freud, şi un important material psihic care este „refulat", în sensul că trăirile respective (ca pulsiuni, intenţii, afect, reprezentare, imaginare, tendinţe de acţiune) nu sunt acceptate de *super-ego*, fiind blocate la limita conştiinţei, unde se menţin în tensiune, creând anxietate şi descărcându-se pe căi laterale, „surogat", fapt ce conduce la simptome nevrotice.

Concepţia psihanalizei cu privire la omul individual e deosebit de complexă şi nu poate fi rezumată în câteva rânduri. Dintre dificultăţile de înţelegere fac parte şi limbajul special în care sunt comentate psihismul şi problemele sale, multiplele simboluri şi mituri ce sunt evocate şi, mai ales, nevoia unei iniţieri deosebite, ce presupune, în mod tradiţional, faptul de a fi analizat de către un psihanalist, ritual ce seamănă cu cel al unei convertiri. În continuare, vor fi prezentate pe scurt câteva teme ale psihanalizei clasice, fără pretenţia unei expuneri sistematice, complete sau didactice.

Omul, aşa cum îl concepe Freud, are o importantă latură biologică, fiind dinamizat de pulsiuni (instincte) ce urmăresc satisfacţia şi plăcerea. E vorba de instinctul vieţii, de *eros*, dar – gândeşte Freud mai târziu – omul vizează şi distrugerea, sub forma instinctului morţii (*Thanatos*). Pulsiunea instinctivă libidinală, mediată prin relaţia strânsă cu mama şi ceilalţi, este, la început, inconştientă, ca parte a instanţei psihologice a sinelui (*id*). Contactul interpersonal stimulează şi formaţiunea psihică a *ego*-ului. „Celălalt" există însă relaţional pentru individ atât în mod concret, situaţional, cât şi sub forma reprezentată, astfel încât *imago*-ul celuilalt poate fi „introjectat" în propriul psihism, ca parte componentă a acestuia. Cu această dublă existenţă, mama, care e principala sursă de satisfacţii, este

dorită nu doar ca prezenţă, ci şi ca ceva ce aparţine exclusiv copilului. Ea este însă şi a tatălui, care o „răpeşte" dorind să o păstreze doar pentru sine. Băieţelul doreşte suprimarea tatălui pentru a păstra mama doar pentru sine, ca posesiune sexuală simbolică. Faptul îi este interzis, iar în fantasmele sale copilul îşi imaginează că tatăl îl va castra, trăire inductoare de anxietate (anxietate de castrare). Oricum, părinţii (adulţii) sunt sursă nu doar de satisfacţii, ci şi de interdicţii. Prin asimilarea *imago*-urilor acestora, în interiorul psihismului se instituie instanţa *supraeului*, sursă de interdicţii şi reprimare a pulsiunilor libidinale. Apare astfel un conflict intrapsihic între *id* şi *super-ego*, ca sursă de anxietate, conflict mediat de *ego*. În plus, *ego*-ul mediază şi rezolvă adaptarea la exigenţele realităţii, la realitate, în general. În plus, intră în joc conştiinţa. Aceasta cantonează la nivelul *ego*-ului. Ea îi permite omului o mică libertate, care testează realitatea şi se raportează la ea. Dar o mare parte din dorinţele individului, puse în joc în primul rând de pulsiunile sale, nu pot fi satisfăcute din cauza interdicţiilor exterioare şi, mai ales, a celor interioare. Cele dorite, intenţionate, proiectate, imaginate sunt astfel reprimate. Ele nu mai au acces nici la conştiinţa subiectivă, fiind refulate. Inconştientul conţine deci nu doar zona iniţială a *id*-ului pulsional, ci şi pe cea a psihismului refulat. În plus, el include o bună parte din *super-ego*. Omul individual – persoana – are o mică zonă de conştiinţă şi libertate şi o mare zonă de inconştient. *Ego*-ul, care ţine cumpăna între conştiinţa individuală şi exigenţele realităţii, tinde şi spre idealitate, spre valori. O parte dintre trăirile refulate se pot orienta spre creaţie, prin sublimare, şi, de asemenea, se instituie pentru fiecare şi un „*ego* ideal", un ideal al eului, aşa cum el ar dori să fie.

Acest scenariu al psihanalizei clasice a fost dezvoltat, modificat şi reinterpretat de către critici şi adepţi. Dintre critici, cei mai celebri sunt consideraţi Jung şi Adler. Jung (Stevens, 1994; Jung, 1964; 1978) acordă o mare importanţă persoanei spirituale inserate în cultură. El consideră ca forţe motrice ale acesteia o serie de

imago-uri simbolice, care acţionează prin intermediul „inconştientului colectiv". Acestea apar ca „arhetipuri" în interiorul subiectului ce trăieşte într-o cultură dată. Jung foloseşte curent termenul de *persoană*, ca aspect reprezentativ, orientat înspre exterior, al psihismului individual (secondat de „umbra" orientată spre interior). El acordă, de asemenea, o mare importanţă dezvoltării omului la vârsta adultă, când subiectul se autodeterminã tot mai mult în specificitatea sa – dar şi în echilibru şi armonie –, în mijlocul lumii sale, prin „individuaţie", sub cupola integratoare a sinelui ideal. Jung inaugurează astfel tema generică a ciclurilor vieţii unei persoane, dezvoltată ulterior de Erikson şi Levinson.

Adler, celălalt mare opozitor al psihanalizei clasice, a pus accentul pe dinamismul condiţionat de complexele de inferioritate şi pe stilul de viaţă.

În ansamblu, teoria lui Freud are în vedere omul în individualitatea sa, modul în care funcţionează psihismul său – aparatul său psihic – în mod constant, transsituaţional şi doar în mod secundar în corelaţie cu evenimentele de viaţă tranzitorii. De aceea, psihanaliza are importanţă pentru psihologia persoanei, deşi nu pune accent pe apariţia şi manifestările publice. La sfârşitul secolului XX, o mare parte dintre tezele dezvoltate de Freud nu mai erau considerate valabile, datorită progreselor neuroştiinţelor, a modificărilor vieţii sociale şi a concepţiei despre om. Importanţa motivaţională a pulsiunii ce se cere satisfăcută prin plăcere pentru a se ajunge la echilibru şi homeostazie e redimensionată în raport cu rezolvarea cognitivă eficientă a problemelor, cu proiecţia spre viitor, cu dinamismul, autodeterminarea şi adaptabilitatea la situaţii mereu noi. De asemenea, libertăţile sexuale actuale, dinamica specială a familiei, modelele particulare, informaţionale ale educaţiei, accesul la mass-media, relativizează o serie de aspecte ale concepţiei freudiene. În schimb, corpul doctrinar al psihanalizei a stat la baza unor noi arii de investigare a psihismului individual care fac în continuare parte din

recuzita înţelegerii psihismului persoanei umane. Metoda hermeneutică, prin care „celălalt" este interpretat pe baza a ceea ce el relatează, se articulează cu actuala psihologie narativă a persoanei.

2.3. Psihologia eului şi a relaţiei obiectuale

Spre sfârşitul vieţii lui Freud, începe să se acorde o importanţă mai mare instanţei care, în concepţia sa, era reprezentată de *ego* (Hanser, 1995). Anna Freud (1936) face o descriere, devenită celebră, a „mecanismelor de apărare ale eului". Heinz Hartman (1939) dezvoltă psihanaliza într-o direcţie ce a fost etichetată ca „structurală", în care eului i se acordă o importanţă mai mare. Acesta nu e conceput ca derivând progresiv din *id*-ul pulsional (inconştient) şi din conflictele acestuia, ci ca având la bază un aparat propriu, înnăscut, constând din abilităţi perceptive şi intelectuale, orientate de la început spre adaptarea la mediu. După părerea autorului, eul e o instanţă activă prin sine, are o autonomie primară, se schimbă singur, participă activ la rezolvarea de probleme, aduce satisfacţii subiectului.

Loewinstein (1946) încearcă o apropiere a psihanalizei de psihologia cognitivistă a lui Piaget, cu referinţă tot la instanţa eului. Rapaport (1951) observă şi descrie organizarea şi psihologia gândirii, ca parte componentă a eului, iar Menninger (1963) elaborează conceptele de *funcţionare* şi *control* ale eului. Redl şi Wineman (1951) disting un mare număr de funcţiuni cvasiindependente ale eului, iar Bellak (1973) dezvoltă o taxonomie a funcţiilor eului şi o verifică empiric. Modell (1975) susţine existenţa a două feluri de instincte : cele ale *id*-ului (libidoul şi distrucţia) şi cele ale *ego*-ului, care vizează relaţia cu obiectul. În sfârşit, Erikson (1963 ; 1968) cercetează, pornind de la psihanaliză, stadiile de dezvoltare psihosocială ale individului până la vârsta adultă, centrate şi organizate de funcţiile eului.

În contextul acestor preocupări faţă de instanţa eului se dezvoltă teoria relaţiilor obiectuale. „Obiectul" se referă la o altă persoană, percepută sau reprezentată. În primul rând, e vorba de mamă, percepută ca ansamblu sau prin intermediul aspectelor semnificative. Orientarea psihanalizei se schimbă, de la considerarea nevoii de satisfacţie prin plăcerea, de tip erotic, spre satisfacţia obţinută prin contactul cu „obiectul" persoanei umane. Fairbairn (1952) subliniază că, iniţial, libidoul a fost conceput ca o căutare a plăcerii, dar el trebuie înţeles mai degrabă ca o căutare a obiectului securizant şi gratificant. Plăcerea e găsită şi anxietatea redusă prin calitatea relaţiilor (interne sau externe) *ego*-obiect mai mult decât prin descărcarea energiei libidinale.

Maher propune o teorie a dezvoltării copilului mic, „individuaţia", adică separarea psihismului său de o relaţie dual㠄 indistinctă.

Sandler (1962) dezvoltă teoria unei lumi reprezentaţionale în care, în contextul relaţiei duale, apar la copil reprezentări care vizează sinele în relaţie reciprocă cu obiectul. Reprezentările sinelui şi obiectului în relaţia lor reciprocă au loc în permanenţă, în viaţa de zi cu zi, şi constituie baza reprezentării de sine, a unităţii sinelui.

Se impune tot mai mult ideea – prezentă implicit în psihanaliza clasică – a reprezentării mintale a altor persoane prezente în psihismul subiectului, reprezentări care sunt reactivate situaţional.

2.4. Teoria ataşamentului

Atragerea atenţiei asupra nevoii primare de contact şi relaţie umană a copilului, precum şi asupra autoreprezentării şi reprezentării altora în medierea funcţionării interpersonale a netezit drumul spre teoria ataşamentului. La acest nivel, cercetările rezultate direct din continuarea psihanalizei se întâlnesc cu cele derivate din aplicarea

etologiei la om. Focalizându-se asupra primilor ani de viaţă ai copilului, psihanaliza s-a întâlnit cu cercetările ce studiau structurarea psihismului la puii de animale. Observaţiile asupra felului în care se încheagă psihismul în biologie au sugerat mari analogii cu primele faze de organizare a psihismului uman. Teoria ataşamentului, elaborată de Bowlby (Carlson, 1995 ; Bowlby, 1988) şi bazată pe fapte observaţionale şi studii experimentale, arată cum, după opt luni, copilul devine foarte sensibil la prezenţa sau absenţa figurii persoanei semnificative pentru viaţa sa, precum şi la tipul de îngrijire de care se bucură. Până la trei ani, rolul comportamentului relaţional al mamei – de fapt, al figurii bazale de îngrijire – este esenţial, conducând la diverse forme de ataşament ale copilului. Prin ataşament, persoana semnificativă e resimţită ca prezentă într-un anumit fel, chiar şi atunci când ea nu e percepută direct. Un ataşament sigur condiţionează stabilitatea afectivă, calmul, lipsa anxietăţii, siguranţa de sine, comportamentul de investigare, joaca şi, în general, dezvoltarea armonioasă a psihismului. Ataşamentul poate fi însă şi nesigur sau ambivalent. Absenţa îndelungată a unei figuri semnificative de ataşament are consecinţe grave. Copilul reacţionează prin proteste, apoi agitaţie, în sfârşit, depresie, refuz de comunicare, indiferenţă. Lipsa ataşamentului este chiar mai gravă decât un ataşament nearmonic. Prin ataşament, celălalt şi, mai apoi, ceilalţi semnificativi sunt prezenţi în memoria şi reprezentarea copilului, în lumea sa reprezentaţională, cu o anumită semnificaţie afectivă, care modelează atitudinile şi comportamentul său. Astfel, în interiorul psihismului individului apare un „model interior de lucru" (*internal working model*) al persoanelor şi al relaţiilor dintre acestea, care se va integra în psihismul său şi cu care individul abordează noi relaţii interpersonale. Vechiul concept de *introiecţie* al psihanalizei capătă noi înţelesuri. Constituirea a ceea ce Freud numea „complexul lui Oedip" poate fi astfel înţeleasă.

Procesul ataşamentului participă la constituirea unui eu, a unui sine ce caracterizează într-un anumit fel persoana. Părerea constantă

despre sine a subiectului, felul în care el, ca adult, se înţelege pe sine în raportarea la ceilalţi, poate fi o consecinţă a experienţelor din copilărie, atât a celor reprezentate, interpretate şi imaginate, cât şi a celor rezultate din experienţele directe cu alţii care duc la ataşamente, identificare sau învăţare. Astfel, s-a ajuns la concluzia că modelele educative din copilărie pot sta la baza unor „scheme cognitive" distorsionate ce modelează părerea despre sine şi despre ceilalţi, vulnerabilizând persoana şi putându-se reactiva la vârsta adultă, dând naştere unor conduite anormale (teoria cognitivă a lui Beck-Perris; vezi Perris, 1988). În acest caz însă, experienţele educative sunt interpretate într-un sens mai larg decât influenţele parentale din psihanaliza iniţială. Oricum, stima de sine, tendinţa către grandiozitate, suspiciune, autodepreciere, ca elemente structurale şi caracterizante pentru persoană, pot avea origine în experienţele relaţionale ale primei copilării. Psihanaliza, în viziune structurală a alcătuirii eului, a relaţiilor obiectuale, teoria ataşamentului şi a experienţelor educative precoce se corelează în prezent cu psihologia relaţiilor interpersonale a lui Sullivan.

2.5. Psihologia interpersonală a lui Sullivan

Teoria interpersonală a lui Sullivan a fost dezvoltată la mijlocul secolului XX, fără a deriva direct din psihanaliză, dar prezentând unele influenţe din partea acesteia (Feist, 1985). Ea susţine că psihismul individual se formează şi se afirmă prin relaţii interpersonale directe şi constante. Desigur, în copilărie acestea sunt între mamă şi sugar, apoi între părinţi şi copil. Într-o etapă ulterioară, devin tot mai importante relaţiile cu educatorii şi colegii de şcoală, apoi cu cei de aceeaşi vârstă. În cursul ontogenezei, subiectul se autopercepe tot mai diferenţiat, distingând aspecte pozitive, negative şi neutre ale propriului corp şi ale sinelui. Dar el ajunge să perceapă tot mai

nuanţat şi alte persoane. Nevoile personale sunt satisfăcute în cadrul relaţiilor interpersonale care, la rândul lor, stimulează sau crează nevoi. Anxietatea se naşte în acest context, iar stima de sine o poate atenua sau controla. O etapă importantă este cea în care apar şi se consolidează relaţiile interpersonale intense din perioada preadolescenţei. De-a lungul ontogenezei, relaţiile cu fiinţele reale sunt dublate de relaţia cu imaginile reprezentate ale acestora sau chiar cu fiinţe imaginare, dar relaţia formatoare este cea concretă, dinamizantă şi motivantă ; în cursul vieţii adulte, câmpul relaţiilor interpersonale este cel în care se desfăşoară esenţialul existenţei individului, între relaţiile intime şi cele publice. Existenţa personală nu s-ar organiza prin instanţe generice, precum sinele, eul, supraeul, ci prin realitatea relaţiilor cu fiinţe reale şi reprezentate.

Psihologia interpersonală a lui Sullivan se poate interconecta cu cea a relaţiilor obiectuale derivată din psihanaliză, dar accentul este pus pe realitatea relaţiilor interpersonale actuale care se desfăşoară într-un „câmp" relaţional caracteristic fiecărui om (Wiggins, 1999). Ea a fost corelată cu teoria câmpului psihologic a lui Lewin şi stă la baza doctrinei circumplexului interpersonal.

2.6. Psihologia trăsăturilor persoanei

În prezent, unul dintre cele mai studiate domenii ale psihologiei persoanei este cel care se referă la „trăsături" şi la aspectele diferenţiale ale caracterizării.

Studiul diferenţelor psihologice dintre oameni stă la baza categorizării lor în clase tipologice. Acest fapt a suscitat mereu interesul omeniriii de la tipologiile caracteriologice zodiacal-astrale la cele patru temperamente hipocratice, de la moraliştii francezi la diverse bio-tipologii ale secolului XX. Preocuparea a luat un avânt deosebit

la mijlocul secolului trecut, ducând la psihologia „trăsăturilor" şi a factorilor înscrişi în aria problematică a „psihologiei persoanei". Spre deosebire de tipologiile tradiţionale, în secolul XX nu se pornea predominant de la principii generale sau principial-teoretice de ordonare şi clasificare a tipurilor, ci de la cât mai multe date empirice, care, supuse etichetării lingvistice, erau reduse apoi la un număr cât mai restrâns de trăsături, factori sau categorii. Catell (Feist, 1985), unul dintre principalii pionieri ai acestei orientări, distinge trei surse principale de informaţii şi culegere a datelor:

1. Înregistrarea informaţiilor despre om aşa cum se manifestă el în viaţa de zi cu zi (L-data, de la *Life*); acestea pot fi strict observaţionale, „obiective" sau parţial subiective, bazate pe relatările altora.
2. Date autoreferenţiale furnizate de subiectul investigat, pe bază de chestionare ce presupun autoobservaţie şi introspecţie (Q-data).
3. Informaţii obţinute prin teste psihologice obiective, proiective (T-data).

Dintre toate sursele, prezintă interes informaţiile ce caracterizează manifestările subiectului în mediul său uman, fie ele reactive sau proiective, dar, pe cât posibil, constante, transsituaţionale. Aceste manifestări sunt exprimate prin limbaj, prin expresii caracteristice, de obicei prin epitete. Limbajul natural conţine mulţi termeni de acest tip. Allport şi Odbent au realizat un studiu lexical (1936) şi au găsit în dicţionarul englez 18 000 de termeni care „disting comportamentul unei fiinţe umane de al alteia". Norman divide domeniul în trăsături biofizice stabile, stări temporare, activităţi, roluri sociale, efecte sociale, termeni evaluativi, termeni antonimici şi termeni obscuri.

S-au făcut eforturi pentru căutarea unor termeni care să caracterizeze trăsături cât mai stabile ale psihismului persoanei şi pentru a se reduce

domeniile la cât mai puţine clase. Cattell a pornit de la 4 500 de termeni ce defineau trăsături, ajungând în final la 35 de variabile. S-a folosit metoda matematică a analizei factoriale pe care a utilizat-o şi Guilford şi, după el, mulţi alţii. Dar esenţială e implicarea limbajului în structurarea şi dezvoltarea psihologiei trăsăturilor. Pe lângă faptul că toate „datele" privitoare la comportamentul persoanei se obţin prin limbaj – de exemplu, din cele trei arii menţionate de Catell –, însăşi formularea caracterizării se realizează prin limbaj. Mai mult, acesta a fost utilizat ca o sursă „empirică" de caracterizare, de la menţionatul demers a lui Catell şi până la teoria celor cinci mari factori, considerându-se că felul în care oamenii s-au caracterizat de-a lungul veacurilor reprezintă o sursă colectivă de sedimentare a experienţei, o cunoaştere obiectivă comunitară. Acest fapt se cere subliniat mai ales deoarece mulţi consideră că o psihologie a trăsăturilor diferă mult de psihologia persoanei, care se bazează pe naraţiune.

Pentru a ajunge la trăsături care să permită predicţia a „ceea ce persoana va face într-o situaţie dată", Cattel urmăreşte tranziţia de la trăsăturile de suprafaţă la „trăsături-sursă" – de exemplu, trăsături ca altruismul, sociabilitatea şi umorul ar avea ca zonă de intersecţie trăsătura *sursă a prieteniei*. Dintre cele 35 de trăsături primare (sau de ordinul întâi) ale lui Allport, 23 măsoară normalitatea personalităţii, iar 12 măsoară dimensiunea patologică a acesteia. Aspectul deviant, exagerat sau anormal a fost în atenţia tuturor demersurilor întreprinse în această direcţie. Prin analiză factorială se ajunge şi la trăsăturile celui de-al doilea nivel. O persoană dată se caracterizează printr-o anumită configuraţie a trăsăturilor primare, ceea ce se poate obţine prin chestionarul 16 PF, elaborat de Cattel.

Preocuparea faţă de trăsături nu ignoră o anumită înţelegere a dinamicii persoanei. Cattell are în vedere ca factori motivaţionali trăsături care includ nevoi, pulsiuni, interese, impulsuri, toate subsumate conceptului de *atitudine*. Pornirile înnăscute le numeşte *Edat*, iar pe cele învăţate, *Sens*. Autorul propune un „calcul dinamic" ce configurează

o ecuaţie a comportamentului. Viziunea asupra personalităţii este una psihometrică, având la bază o metodă inductivă ce se bazează însă pe limbaj.

Psihologia trăsăturilor s-a dezvoltat continuu, deoarece ea mizează mult pe inducţie, pe date obţinute în situaţii standard şi psihometrie, tendinţa fiind de a căuta şi descrie aspecte cât mai puţin variabile, cât mai constante ale persoanei. Acestea sunt, în mod firesc, cele mai apropiate de aspectele înnăscute, biologice. În această direcţie de studiu, un prestigiu aparte şi-a câştigat Eysenck. Autorul este adeptul unei ierarhii a trăsăturilor (Eysenck, 1985; 1987). La nivelul cel mai de jos s-ar plasa răspunsurile specifice unor situaţii care sunt mai mult sau mai puţin personale. La al doilea nivel s-ar plasa răspunsurile habituale care se repetă în condiţii asemănătoare, fiind mai caracteristice unei anumite persoane. Mai multe modalităţi de răspunsuri habituale corelate formează o trăsătură, considerată a fi o „importantă dispoziţie semipermanentă a persoanei". La ultimul nivel se situează zona superfactorilor sau a tipurilor, ce reunesc trăsături care se corelează între ele, dar care, în esenţă, sunt diferite de alte tipuri. Eysenck concepe trei tipuri sau superfactori care, fiecare în parte, au zone polare: introversie/extroversie; nevroticism/stabilitate; psihoticism/*super-ego*. Fiecare dintre aceşti superfactori au o serie de trăsături de bază intercorelate:

- *psihoticism*: agresiv, rece, egocentric, impersonal, impulsiv, antisocial, neempatic, creativ, încăpăţânat;
- *extrovertit*: sociabil, vioi, activ, asertiv, căutător de senzaţii, fără griji, dominant, agitat, aventuros;
- *nevroticism*: anxios, depresiv, vinovat, stimă de sine scăzută, tensionat, iraţional, ruşinos, afectiv, emoţional.

Deşi se ancorează adânc în planul biologic, sistemul de trăsături al lui Eysenck nu e doar temperamental, implicând multe aspecte ale vieţii interpersonal-sociale. Cloninger propune un sistem centrat pe

trei nivele. Primul e format din patru factori temperamentali: evitarea vătămării, căutarea noului, dependența de recompensă și persistența. Acest nivel ar avea o solidă bază biologică în funcționarea neurotransmițătorilor cerebrali. Al doilea nivel e caracterial, cu factori sau dimensiuni dobândite prin experiență, constând din trei aspecte: autodirecționare, cooperativitate, autotranscendență. Ultimul nivel specific uman se referă la spiritualitate și stări de conștiință, și nu mai poate fi apropiat de psihologia trăsăturilor.

În ultimele decenii, în aria psihologiei trăsăturilor s-a dezvoltat mult teoria celor „cinci mari trăsături" (*Big Five Trait Taxonomy* sau *Five Factor Theory* – FFT; vezi John, 1999). La aceștia s-a ajuns pornindu-se tot de la lexic și de la corelațiile prin analiză factorială, în tradiția lui Allport și Cattel, prin reducerea celor 35 de variabile. Cei cinci factori, considerați independenți unul de altul, sunt:

1. extroversie (vorbăreț, asertiv, energic);
2. agreabilitate (natural, cooperativ, încrezător);
3. conștiinciozitate (ordine, rezonabilitate, demn de încredere);
4. stabilitate emoțională *vs* nevroticism (calm, ne-nevrotic, nu se tulbură ușor);
5. deschidere spre experiență (inteligent, imaginativ, care gândește independent).

Acești cinci factori pot avea valori pozitive sau negative și au fost, la rândul lor, subîmpărțiți, fiecare, în alte șase fațete de către Costa și McCrae, care au elaborat și un interviu (NEO-PI-R) pentru identificarea acestora.

Tabelul 2.1. *Faţetele NEO-PI-R (Costa şi McCrae, 1992)*

Cele cinci mari trăsături		Faţetă (şi epitetul trăsăturii corelate)
E	Extroversiune *vs* introversiune	Gregaritate (sociabil) Asertivitate (presant) Activitate (energic) Caută excitaţia (aventuros) Emoţii pozitive (entuziast) Căldură (deschis)
A	Agreabilitate *vs* antagonism	Încredere (iertător) Directivitate (neinsistent) Altruism (călduros) Complianţă (lipsit de încăpăţânare) Modestie (lipsit de vanitate) Empatie (simpatizant)
C	Conştiinciozitate *vs* lipsă de direcţie	Competenţă (eficient) Ordine (organizat) Datorie (atent) Tendinţă spre realizare (metodic) Autodisciplină (nu e leneş) Deliberare (nu e implusiv)
N	Nevroticism *vs* stabilitate emoţională	Anxietate (tensionat) Ostilitate mânioasă (iritabil) Depresie (nemulţumit) Conştiinţă de sine (ruşinos) Impulsivitate (cu toane) Vulnerabilitate (lipsit de încredere în sine)
O	Deschidere *vs* reticenţă faţă de experienţă	Idei (curios) Fantezie (imaginativ) Estetică (artist) Acţiune (cu interese largi) Sentimente (excitabil) Valori (neconvenţional)

În definirea factorilor, de exemplu a extroversiei, sunt implicate componente care vizează: activitatea, asertivitatea, sociabilitatea, căutarea excitării, emoţiile pozitive – deci mai multe aspecte ale vieţii psihice a persoanei.

După cum s-a menţionat, fiecare factor reuneşte trăsături polare. Inventarierea acestora s-a făcut şi se face cu instrumente lingvistice şi prin cercetări empirice. Prezentăm o listă cu principalele trăsături pozitive şi negative ale fiecăruia dintre cei cinci mari factori, aşa cum aceştia au reieşit în cadrul unei cercetări.

Psihologia trăsăturilor vizează aspecte cât mai stabile ale persoanei, care o pot caracteriza – ca individualitate sau apartenenţă la o clasă – transsituaţional (Mattheus, 2005). Nu se are însă în vedere centrarea persoanei printr-un sine, printr-un eu reflexiv care să fie nucleul iniţiativei, al atitudinii active şi al raportării la sine. Motivaţia este trecută şi ea în planul doi. Tema conştiinţei, a libertăţii de acţiune, a capacităţii de autodeterminare nu e comentată. Relaţiile interpersonale sunt invocate, dar fără o schiţă de sistematizare a lor – aşa cum face, totuşi, circumplexul interpersonal. Problema morală nu e abordată explicit. Pe primul plan se afirmă problema etichetării. Motivaţia este, de asemenea, trecută în planul al doilea, în favoarea etichetării. De aceea, ea este mult utilizată pentru diagnostic, iar cercetătorii din domeniul tulburărilor de personalitate agreează modelul celor cinci mari factori ca alternativă sau complementară pentru diagnosticul categorial, într-o perspectivă dimensională.

Tabelul 2.2. *Reperele structurale ale celor cinci mari factori din FFM*

Extroversiune		**Agreabilitate**		**Conştiinciozitate**		**Nevroticism**		**Deschidere/Intelect**	
Mică	**Mare**	**Mică**	**Mare**	**Mică**	**Mare**	**Mică**	**Mare**	**Mică**	**Mare**
Liniştit	Vorbăreţ	Critic	Simpatetic	Nepăsător	Organizat	Stabil	Tensionat	Interese obişnuite	Interese largi
Rezervat	Asertiv	Rece	Amabil	Dezordonat	Metodic	Calm	Anxios	Interese restrânse	Imaginativ
Ruşinos	Activ	Nepriete-nos	Apreciativ	Frivol	Planificat	Mulţumit	Nervos	Simplist	Inteligent
Tăcut	Energic	Certăreţ	Afectuos	Irespon-sabil	Eficient	Lipsit de emotivitate	Cu toane	Superficial	Original
Reţinut	Deschis	Nemilos	Milos	Superficial	Respon-sabil		Făcându-şi griji	Lipsit de inteligenţă	Intuitiv
Retras	Direct	Dur	Cald	Nedemn de încredere	Demn de încredere		Sensibil		Curios
	Dominant	Crud	Generos	Uituc	„De bază"		Temător		Sofisticat
	Insistent	Aspru	Încrezător		Conştiin-cios		Încordat		Artist

Extroversiune		Agreabilitate		Conştiinciozitate		Nevroticism		Deschidere/Intelect	
Mică	**Mare**	**Mică**	**Mare**	**Mică**	**Mare**	**Mică**	**Mare**	**Mică**	**Mare**
	Entuziast	Nerecu-noscător	Săritor		Precis		Tempe-ramental		Deştept
	Vanitos	Înţepător	Iertător		Pragmatic		Instabil		Inventiv
	Sociabil		Plăcut		Deliberativ		Autopunitiv		Descurcăreţ
	Spiritual		Binedispus		Scrupulos		Dependent		Ingenios
	Aventuros		Prietenos		Prevăzător		Emotiv		Spiritual
	Zgomotos		Cooperativ						Plin de resurse
	„Face pe şeful"		Blând						Inţelept
			Lipsit de egoism						Logic
			Laudativ						Civilizat
			Sensibil						Prevăzător
									Cultivat
									Distins

2.7. Situaţionismul lui Mischel

Înţelegerea persoanei ca decontextualizată a suscitat însă multe comentarii. Un moment critic a fost cel în care Mischel (1968) a demonstrat că variabilele personalităţii nu prezintă consistenţă transsituaţională şi transtemporală şi că nu sunt corelaţii semnificative între acestea şi rezultatul (*outcome*) la care ajunge persoana după un anumit timp (Winter, 1999). „Coeficientul personalităţii" nu se dezvoltă serios între 20 şi 30 ani. S-a considerat că rolul contextului e mai important decât cel al trăsăturilor de fond ale personalităţii. Stimulii, relaţiile, problemele de rezolvat, rezultatele modelează intens felul de a fi al persoanei. Odată cu doctrina lui Bandura, această orientare a fost etichetată ca fiind cea a „cogniţiei sociale". Ea susţine că relativa constanţă a persoanei se menţine datorită persistenţei contextelor în care aceasta trăieşte, constând din relaţii umane, status şi rol, ambianţă fizică, stereotipii comportamentale, „obiceiuri" asimilate şi acceptate. În plus, individul însuşi îşi preselectează, întreţine şi delimitează un context în care se poate manifesta relativ constant. Mai recent, Mischel şi Shoda (Mischel, 1999) avansează o teorie cognitiv-afectivă a structurii personalităţii care presupune existenţa unui număr finit de macrounităţi psihice care, odată constituite, sunt activate mai mult sau mai puţin şi în mod diferit în diverse situaţii. Se menţine astfel unitatea de fond, dar expresivitatea manifestării poate varia în funcţie de contexte.

2.8. Contribuţia lui Maslow

Psihanaliza a acordat o importanţă mai mare structurii persoanei şi motivaţiilor profunde decât actualizării sale curente în viaţa de zi cu zi. Psihologia trăsăturilor este şi ea interesată în mod deosebit de

ceea ce e mai constant la o persoană. Alţi psihologi s-au aplecat asupra nevoii continue de afirmare a subiectului, de satisfacere curentă a nevoilor sale în cursul vieţii de zi cu zi. În acest sens, o concepţie devenită deja clasică este aceea a lui Maslow, care pune accentul pe motivaţie, pe o ierarhie a nevoilor şi pe autoactualizare. Binecunoscuta piramidă ierarhică a nevoilor constă din : nevoi fiziologice, de siguranţă, de dragoste şi apartenenţă, de stimă şi de autoactualizare (Feist, 1985). Sunt avute în vedere la acest nivel şi nevoile condiţionate valoric, nevoile estetice şi cognitive. Toate acestea stau la baza motivaţiei şi a comportamentului. În mod evident, ele implică relaţii interpersonale, dar accentul nu mai e pus acum pe faptul că nevoile ar deriva din acest câmp interpersonal, ca în psihologia lui Sullivan. Nevoile se cer satisfăcute, dar acest fapt se realizează în mare măsură prin propensiunea activă a subiectului care tinde mereu să se autoactualizeze. Această tendinţă este de tip instinctiv şi ea reuşeşte, mai mult sau mai puţin, la diverse persoane. Eul ce se autoactualizează matur prezintă următoarele caracteristici : are o percepţie eficientă a realităţii ; are o bună acceptare a sinelui, a altora şi a naturii ; are spontaneitate, simplitate şi naturaleţe ; e centrat pe probleme ; realizează bine intimanţa ; are experienţă transcendentă ; are un crescut simţ al comuniunii şi reuşitei în relaţiile interpersonale ; are o structură democratică ; face o clară deosebire între mijloace şi scop ; are un sens filosofic al umorului ; este creativ şi rezilient la enculturaţie. Omul care se autoactualizează reuşit – deci cel ce atinge standardele unei bune normalităţi – este un om care poate iubi plenar şi complex, afectiv, sexual şi valoric.

O viziune asupra personalităţii asemenea celei a lui Maslow este, desigur, utilă, ca reper, atunci când suntem preocupaţi de variabilitatea şi anormalitatea personalităţii. Ea nu acoperă însă decât o zonă bine delimitată a complexei realităţi a existenţei persoanei.

2.9. Cogniţia socială – Bandura şi Rogers

Psihanaliza şi psihologia trăsăturilor de personalitate nu abordează foarte serios motivaţia actelor circumstanţiale ale persoanei. Bandura consideră persoana din perspectiva sa de agent proactiv, care se autoorganizează, fiind autoreflexiv şi autoregulativ (Bandura, 1999). El foloseşte frecvent termenul *self*. În schimb, nu insistă asupra unor concepte precum *temperament*, *eu*, *subiect*, *caracter*. Termenul său preferat este cel de *agency*, foarte utilizat în sociologie. Bandura consideră că o mare parte dintre motivaţiile şi modalităţile noastre de acţiune sunt învăţate şi modelate social. Oamenii au însă capacitatea de a influenţa propriile lor acţiuni pentru a produce anumite rezultate. Sunt analizate trei instanţe interactive: a) factorii personali interni, sub forma evenimentelor biologice, afective, cognitive; b) comportamentul; c) factorii ambientali, impuşi sau construiţi. Omul e capabil să construiască un ambient social prin efortul său generativ, creativ. Determinismul personal e ordonat de propriile credinţe în eficacitate, de scopurile cognitive, calităţile gândirii analitice şi reacţiile afectiv-reflexive. Aceste aspecte nu sunt abordate în psihanaliză şi doar tangenţial în psihologia trăsăturilor. În concepţia lui Bandura, intervin şi trăsăturile de personalitate, dar nu *de-contextualizat*. Determinismul personal se cere înţeles în contextul variatelor situaţii, şi nu în general. El operează, ca factor complex, dinamic şi multifaţetat, în colaborare cu diferitele împrejurări şi cu multiplii factori ce pot influenţa comportamentul.

Este rejectată dualitatea minte-corp în favoarea unei viziuni unitare ce reia şi pune accentul pe o serie de capacităţi umane fundamentale, cum ar fi: a) capacitatea de simbolizare: cele mai multe evenimente ambientale îşi exercită efectul prin intermediul unor procese cognitive, şi nu în mod direct; b) capacitatea individului de a se relaţiona şi a acţiona prin instanţe intermediare – prin modelare abstractă şi creativă; c) capacitatea de a prevedea (de a

aştepta rezultate viitoare); d) capacitatea de autoreglare. Aceasta presupune: autoevaluarea în raport cu expectanţele proprii şi ale altora; evaluarea felului în care sunt şi se desfăşoară evenimentele în care subiectul e implicat; variate modalităţi de angajare din dinamismul autoreglării morale; autoimplicarea în modificarea stilului de viaţă, de învăţare, muncă, îngrijire a sănătăţii, astfel încât subiectul să participe activ la desfăşurarea acestora. O autoreglare favorabilă produce şi satisfacţii personale. Capacitatea autoreflexivă implică: verificarea gândurilor prin autoreflexie; perceperea autoeficacităţii; implementarea resurselor acesteia; procesarea cognitivă a informaţiilor eficiente, reglarea conştientă a cogniţiei, motivaţiei, a proceselor emoţionale şi de alegere.

Motivaţia este reglată prin anticipări cognitive, prin formularea scopurilor, aşteptări ale rezultatelor, perceperea succesului sau eşecului.

Conform teoriei sociocognitive, personalitatea este o realitate multifaţetată, bogat contextualizată şi implicată în diverse tranzacţii în viaţa de zi cu zi. Ea nu este o entitate abstractă şi nu poate fi redusă la câteva teorii descriptive generale. Oamenii îşi exprimă individualitatea şi dau structură, semnificaţie şi scop vieţii lor, acţionând în conformitate cu propriile credinţe, valori, standarde personale, aspiraţii şi concepţii despre lumea din jur. Toate acestea sunt reunite de propriul sine (*self*). Personalitatea este sistemul integrat al sinelui (*self*) prin care constituentele sale operează, într-o interacţiune mutuală, pentru controlul şi influenţa circumstanţelor ambientale. Identitatea cu sine se construieşte şi se exprimă în urma procesului autobiografic intrapsihic, care păstrează continuitatea persoanei de-a lungul timpului. Concepţia lui Bandura se poate deci articula cu psihologia persoanei care pune accentul pe naraţiune şi biografie (McAdams). Identitatea cu sine se bazează şi pe identitatea socială a persoanei, şi pe felul în care ea este reflectată de persoanele semnificative ale relaţiei. Este astfel implicată psihologia relaţiilor interpersonale, cea a constructelor psihologice şi a etichetării (Kelly)

şi cea a psihosociologiei, în schimb se insistă puţin asupra relaţiilor interpersonale strânse, apropiate, care implică întrepătrunderea afectivă şi reprezentarea altora în sine. Tipologia relaţiilor interpersonale stabile nu e nici ea analizată. În ansamblu, Bandura consideră că personalitatea nu poate fi concepută în afara lumii umane complexe în care se manifestă prin multiple relaţii interpersonal-sociale, manipulând tehnologii şi integrându-se în semnificaţiile şi valorile culturale.

Psihologia social-cognitivă a persoanei atrage atenţia asupra contextelor în care se afirmă subiectul, asupra complexităţii acestora, precum şi asupra modificărilor ce se produc în societăţile actuale prin tehnologie şi schimbarea stilului de viaţă, în raport cu ambianţa umană în continuă schimbare, în care se manifestă persoana la începutul secolului XXI. Rogers (Feist, 1985) formulase deja o viziune asupra persoanei viitorului, pe care o vedea conceptualizată în normalitatea ei prin : o constantă stare de schimbare ; o mai mare deschidere spre noi experienţe ; o sporită prospeţime a atitudinii şi abordării ; o mare încredere în sine. Aceste caracteristici sunt la polul opus faţă de cele prefigurate de psihanaliză. Ele sunt, desigur, proeminente în lumea actuală, fără însă a trece cu vederea caracteristica de identitate cu sine, coerenţa, conştiinţa reflexivă şi autoreglatoare a persoanei. Diversele teorii psihologice asupra persoanei, ce au apărut către sfârşitul secolului XX, arată cum conceptul de *persoană*, corelat în primul rând cu lumea a doua a lui Popper, nu poate fi complet rupt de felul în care se organizează lumea a treia în corelaţie cu cea dintâi. Progresul tehnologic, schimbările în structura societăţii, rapiditatea manifestărilor, noile ideologii şi valori ce ajung să fie promovate în societate pretind de la persoana umană un alt stil de comportament decât cel promovat în Europa la începutul secolului XX, atunci când Freud îşi organiza psihanaliza. Chiar dacă persoana umană – ca pol individual al umanului – nu se schimbă în esenţa ei,

noi fațete apar la lumină, sunt promovate sau considerate ca importante, iar altele sunt trăite în plan secund, considerate mai puțin importante sau chiar de ignorat.

2.10. Psihologia narativă a persoanei

Identitatea și realitatea persoanei se manifestă în mediul lumii umane, caracterizată nu doar prin tehnologie – care evoluează contiunuu, modificând mediul de existență al oamenilor –, ci și prin limbajul discursiv, asertiv. Persoana umană nu e doar o ființă cu subiectivitate conștientă, ci și o ființă capabilă de discursuri, relatări, narațiuni, de caracterizări și evaluări, realizate cu ajutorul limbajului. Dintotdeauna oamenii s-au descris și caracterizat reciproc, fapt din care a rezultat tradiționala caracteriologie, dar tot prin limbaj ei s-au analizat și caracterizat pe ei înșiși, au produs relatări despre episoade ale vieții lor, autobiografii și biografii. Psihanaliza își construiește imaginea sa despre om, pornind de la interpretarea hermeneutică a celor exprimate. Doctrina trăsăturilor se bazează și ea pe limbaj. În ultimul timp, teoriile personalității au reluat această perspectivă tradițională de înțelegere și autodefinire a omului individual, care e doar implicată de psihanaliză și care a mai fost parțial abordată de unii specialiști în psihologia persoanei, la mijlocul secolului XX (Muray). E vorba despre o viziune holistă ce pune accent pe biografie, diferită în mare măsură de înțelegerea psihologiei persoanei prin trăsături sau de cea care accentuează variabilitatea manifestărilor în diverse contexte.

Din punctul de vedere al noilor teorii narative asupra personalității, istoria de viață este prin ea însăși un „construct" care funcționează ca o componentă imanentă, dar și integratoare a personalității (McAdams, 1999). Prin modul narativ de gândire, oamenii filtrează și dau sens experienței trăite, istoriei de viață.

Istoria unei vieţi are întotdeauna un autor care exprimă un punct de vedere. Istoria propriei vieţi exprimă punctul de vedere al subiectului. Din copilărie, omul se afirmă ca un subiect ce relatează istorii, deja de la vârsta de 3-4 ani vorbind despre sine. În cadrul unor astfel de relatări, se forjează conceptele de „eu" (*I*, în engleză) şi cel de „mie" (*me*, în engleză), care nu sunt doar categorii gramaticale. Relatările autobiografice participă semnificativ la construirea timpului interior, care îşi confirmă forţa integrativă.

Între teoreticienii ce au studiat personalitatea din perspectivă narativă se numără şi Tomkins. El propune ca persoana să fie înţeleasă ca autor al unei piese, care creează un anumit scenariu şi care joacă această piesă de-a lungul vieţii. Apar diverse scene ce se repetă mai mult sau mai puţin şi care sunt organizate ca un întreg ce include persoane, locuri, timp, acţiuni, sentimente. Viaţa desfăşurată în timp ar consta dintr-o serie de scene ce se succed una după alta, începând din momentul naşterii. Subiectul organizează scenariul desfăşurării vieţii sale jucând secvenţele diverselor scene. El imaginează şi prefigurează propriul viitor, în care se simte angajat.

McAdams (1999) înţelege identitatea persoanei ca centru al istoriei povestite (sau care putea fi povestită) a propriei vieţi. Persoana reală a fiecăruia se organizează prin asimilarea personajelor potenţiale şi reale ce iradiază din ea. Faptul nu e valabil doar pentru trecut, ci şi pentru prezentul perceput şi trăit, care e în permanenţă transpus prin limbaj în evenimente de viaţă nu doar trăite, ci şi relatate sau relatabile, iar viitorul imaginabil poate fi şi el configurat lingvistic. Mai recent, McAdams sugera organizarea persoanei pe trei nivele:

1) Nivelul la care persoana e caracterizabilă prin trăsături, aşa cum sunt acestea codificate în modelul celor cinci mari factori.
2) Un nivel la care persoana e înţeleasă ca acţionând în ambianţe contextualizate variat, la care adaptează proiectele, scopurile, strategiile, în funcţie de loc, timp, împrejurări, valori.

3) Nivelul integrativ al istoriei de viaţă care relevă identitatea persoanei.

Această identitate nu trebuie căutată în comportament, şi cu atât mai puţin în reacţiile subiectului în raport cu alte persoane, ci în capacitatea narativă de exprimare prin limbaj a istoriei propriei vieţi.

Un alt autor, Hermans (1993), consideră că, în istorisirea perioadelor şi situaţiilor de viaţă, subiectul se manifestă nu doar ca un sine (*self*) global şi nediferenţiat, ci se poziţionează în mai multe roluri, angajându-se în dialoguri cu alţii şi cu sine. Apar astfel mai multe povestiri care relevă multiple aspecte, corelate şi integrate ale sinelui, iar unitatea persoanei se realizează în ansamblul multifaţetat şi polifonic al diferitelor poveşti, al istoriei narative – potenţiale şi parţial realizate – a propriei vieţi.

Mulţi cercetători angajaţi în această înţelegere a persoanei împărtăşesc câteva puncte de vedere comune: *sineitatea* (*selfhood*) e povestibilă; istoriile de viaţă organizează experienţa dispersată într-o totalitate integrată; viaţa persoanei are un text cultural – dependent de cultura în care trăieşte subiectul; oamenii povestesc viaţa lor pentru audienţe variate; un om povesteşte multe naraţiuni despre alţii, despre sine şi despre relaţiile reciproce, fapt care variază de-a lungul timpului; participarea la istoria propriei vieţi, trăită direct şi relatată, structurează intimanţa şi comuniunea; ansamblul istoriilor unei vieţi organizează identitatea persoanei.

Prin istorisirea vieţii persoanei se asigură coerenţa acesteia, dar se evidenţiază şi schimbările, metamorfozele pe care ea le trăieşte.

Direcţia de studiu centrată de naraţiune este, evident, focalizată pe persoană, pe identitatea şi ansamblul acesteia, mediată prin sine şi cultură. Ea se articulează în prezent tot mai mult cu doctrina sinelui (*self*), cu care însă nu se poate confunda, de vreme ce aceasta implică trăirea subiectivă directă, experienţială, precum şi conştiinţa nemijlocită. Psihologia narativă a persoanei este, poate, nivelul cel

mai global şi exterior al exprimării acesteia, care nu exclude, ci pretinde şi alte nivele şi perspective. Ea este tot mai mult invocată în psihopatologia persoanei (Phillips, 2005).

Direcţiile actuale ale psihologiei persoanei centrate pe naraţiune se articulează cu alte domenii de studiu antropologic, care pun, de asemenea, accentul pe hermeneutică. Dintre acestea, menţionăm doar două: efortul lui McIntyre (1998) de a reîntemeia doctrina virtuţilor – în sens aristotelian – pe acel aspect al existenţei persoanei care implică structural naraţiunea, biografia potenţială şi, parţial, reală; curentul de sinteză personalistă iniţiat de Ricoeur (1992; 1999), care, din punct de vedere hermeneutic şi fenomenologic, concepe persoana umană ca bazată pe limbaj, acţiune, naraţiune şi viaţă etică. La acest nivel, tradiţiile „personaliste" se intersectează cu direcţiile de studiu ale psihologiei persoanei.

2.11. Psihologia persoanei şi doctrina sinelui (*self*)

În ultimii ani, pe lângă preocuparea faţă de trăsături, de condiţiile contextuale de manifestare şi cea faţă de perspectiva narativă, cercetările din domeniul psihologiei persoanei acordă o importanţă sporită analizei şi studierii sinelui (*self*).

Contextul interesului pentru sine (self)

Această preocupare se corelează cu dezvoltarea cognitivismului în cadrul căruia e dezbătută problema minte-corp (*mind-body problem*), care interesează şi neuroştiinţele, şi, la fel, cu preocuparea pentru psihologia developmentală, care urmăreşte continuitatea dintre psihismul biologic şi cel uman, în spatele specificităţilor antropologice. Această orientare psihologică şi antropologică acordă o majoră importanţă conceptului de *minte* (*mind*). Aceasta nu face parte din

recuzita tradiţională a noţiunilor ce caracterizează polul individual al umanului – temperament, caracter, subiect, eu, conştiinţă, personalitate. Totuşi, el a fost utilizat în ultimele secole în filosofia anglo-saxonă în locul termenului de *psihism*, iar după 1949, când a apărut lucrarea lui Ryle, *Philosophy of the Mind*, s-a dezvoltat un puternic curent filosofic centrat pe această direcţie.

Termenul de *minte* este apropiat de un anumit sens al conştiinţei cunoscătoare şi reflexive, dezvoltându-se mult odată ce gândirea contemporană a început să dea o anumită interpretare problematicii carteziene a relaţiei dintre gândire şi lumea negânditoare. Cogitaţia cartezian a evoluat, sub aspectul sensurilor spre conceptele de *gândire*, *conştiinţă*, *raţiune*. Raţiunea, ca raţionare, se corelează, desigur, cu individul care cugetă, dar ea este concepută şi ca o entitate sau un principiu supraindividual (suprapersonal), fel în care a fost interpretată în secolul al XVIII-lea, denumit şi „Secolul Raţiunii". În această perioadă s-a vorbit mult despre variate „fiinţe raţionale posibile", omul fiind considerat una dintre acestea, aşa cum în repetate rânduri subliniase Kant. Conceptul actual de *minte* (*mind*) reactivează înţelesul de fiinţă raţională al omului, dar pentru a nu rămâne la un nivel de generalitate abstractă – cum a rămas atât timp conceptul de *conştiinţă* –, mintea (*mind*) este înţeleasă ca „înrădăcinată" în oamenii individuali, fapt ce se realizează prin sine (*self*), iar odată cu sinele se preia o mare parte din tradiţia eului şi a conştiinţei de sine, care vizează şi integrează intenţional lumea.

Tradiţia filosofică a conştiinei de sine s-a reafirmat în secolul XX, de exemplu prin opera lui Jaspers. Prima jumătate a veacului a fost dominată însă de fenomenologia lui Husserl, care punea accentul pe tradiţionala conştiinţă şi pe eu, nefolosind explicit conceptele de *sine* şi *persoană*. Această fenomenologie a sinelui le preia în mare parte, şi anume: intenţionalitatea în sensul de vizare intenţională a lumii şi a propriului subiect, considerat în prezent ca tendinţa activă a sinelui; subiectivitatea resimţită, considerată în prezent ca şi

conştient reprezentat al sinelui ; experienţa conştientă trăită direct şi nemijlocit, la care mulţi comentatori ai psihologiei *self*-ului fac apel în prezent. Fenomenologia lui Husserl e o doctrină filosofică a subiectivităţii transcedentale, dar influenţa sa asupra psihologiei persoanei şi asupra psihopatologiei a fost remarcabilă.

În psihanaliza iniţială a lui Freud, reflexivitatea sinelui nu joacă un rol important, în locul său fiind plasat *id*-ul instructiv inconştient. De abia în psihanaliza târzie, după ce a fost amplu dezvoltată tema eului, se ajunge la *self*.

Sinele în opinia lui Jung şi a altor psihologi

Interesantă şi, aparent, izolată, dar de referinţă, e concepţia lui Jung. În opinia sa privitoare la psihismul persoanei umane, eul conştient joacă un rol relativ redus, deşi mai important decât la Freud. Restul psihismului e format din inconştientul personal şi colectiv, ultimul integrând arhetipurile. Sinele (ca *selbst*) e înţeles în primă instanţă ca integrare a întregului psihism. În plus, din arhetipuri ar face parte, pe lângă *anima*, *animus*, *persona* şi umbra sa, şi un concept al *sinelui perfect*. Acesta poate fi simbolizat prin figura mandalei, ce reuneşte ordinea, unitatea, totalitatea. Realizarea de sine a persoanei, pe calea individuaţiei, are în vedere acest ideal al unui sine ce tinde spre echilibru şi împlinire, dintr-o direcţie interioară şi valoric spirituală. Sinele este centrul personalităţii, nucleul ei de identitate şi, în acelaşi timp, totalitatea personalităţii ce se metamorfozează în permanenţă, adâncindu-se în sine. Această viziune spirituală a lui Jung nu a putut rezista, desigur, în faţa pragmatismului cognitivist al secolului XX. Ea sugerează ideea de centru, sursă şi integrare a persoanei, pentru sine.

Self-ul a jucat un rol important şi în concepţia altor psihologi ai persoanei, de obicei cu înţeles de agent intenţional şi ca reflexivitate, fiind folosit cu sensuri ce se intersectează cu cele ale conştiinţei. Astfel, Bandura, care nu vorbeşte despre eu, subiect şi caracter,

utilizează noţiunea de *agenţie* şi *self*. *Self*-ul ar fi, în primul rând, o structură cognitivă ce are funcţii în percepere, evaluare, reglare şi comportament. O temă importantă e cea a auto(*self*)-reglării comportamentului de către subiect, prin autoobservare, autocunoaştere, autoactivare, autoeficienţă. Pe tema eficacităţii se focusează, de altfel, actuala psihologie anglo-saxonă a persoanei. *Self*-ul joacă un rol important şi în psihologia lui Rogers, centrată pe autoactualizare. Ea avea în vedere, la fel ca la Rotter, satisfacerea nevoilor. În centrul nevoilor se află: recunoaşterea statutului, independenţei, nevoii de dominare, dragostea, confortul fizic şi, la fel, implicarea în activităţi cât mai variate, faptul de a face faţă unor situaţii în permanentă schimbare printr-o continuă iniţiativă. Acestea nu apăreau ca probleme pentru *self*-ul omului pe care-l concepe Jung, preocupat de echilibrul interior, spiritual. Faptul subliniază variabilitatea doctrinelor şi concepţiilor de-a lungul secolului XX, în domeniul numit „psihologia persoanei", în paralel cu modificarea stilului de viaţă dominant şi a concepţiei despre om, despre persoana umană.

Sinele (*self*) este înţeles în psihologia actuală a persoanei ca un nivel sau un „modul" esenţial (Fodor), care asigură coerenţa şi esenţa întregii persoane. Sinele stă la baza atitudinii activ-reflexive a tuturor funcţiilor psihice (atenţie, percepţie, trăire afectivă, gândire, acţiune) şi, în acelaşi timp, asigură percepţia de sine, autoreprezentarea global-biografică şi, prin aceasta, continuitatea şi identitatea persoanei. O a treia funcţie a sinelui (a conştiinţei de sine), pe lângă cea de asigurare a identităţii (noi ştim că suntem aceeaşi persoană de-a lungul timpului) şi de „agenţie" (noi ştim că suntem autorii propriilor noastre gânduri şi acţiuni), ar fi – după Kircher şi David – conştientizarea distincţiei faţă de lume şi de alţii (ştim că suntem diferiţi de ambianţă şi de ceilalţi). Sinele tinde să preia majoritatea funcţiilor tradiţionale ale conştiinţei de sine şi ale eului într-o perspectivă care leagă filosofia de psihologia clinică şi experimentală, precum şi de neurofiziologie şi patologia neurologică şi psihiatrică.

Studiile şi publicaţiile despre sine (*self*) au crescut exponenţial după 1970, în paralel cu dezvoltarea cognitivismului şi a filosofiei minţii (*mind*). Sinele ar fi instanţa care asigură consistenţă şi influenţează felul în care oamenii gândesc, simt şi se comportă în situaţii particulare, precum şi felul în care gândesc despre ei înşişi. Sinele poate fi considerat, pe de o parte, ca agentul psihismului în sensul că „eu" (*I*, în engleză) sunt subiectul, „agenţia" tuturor trăirilor mele psihice. De vreme ce e implicată reflexivitatea, această componentă activă include şi calitatea experienţei subiective (*qualia* ; de exemplu, durerea, care e „a mea") şi, de fapt, întreaga conştiinţă de sine experienţială. Prin aceasta e asimilată o bună parte din contribuţia fenomenologiei de inspiraţie husserliană la psihologie şi psihopatologie. Totuşi, distincţia între mine şi persoană se menţine, chiar şi în perspectiva filosofilor, aşa cum subliniază Strawson. Pe de altă parte, s-ar putea distinge un aspect al sinelui ca „obiect" – în primul rând, ca obiect reflexiv al subiectului –, care se referă la autoreprezentarea de sine, la felul cum mă percep eu pe mine, la ceea ce mi se întâmplă mie (*me*, în engleză). Este astfel inclusă memoria biografică, cunoaşterea de sine, conceptul şi idealul de sine, autoevaluarea.

2.12. Psihologia developmentală

Una dintre dezvoltările importante ale psihologiei persoanei în ultimele trei decenii este psihologia şi psihopatologia developmentală. Aceasta se organizează ca o colecţie convergentă – şi în ansamblu coerentă – de studii privitoare la dezvoltarea copilului, trecându-se de la aspectele strict biologice la cele psihobiologice, de psihologie individuală, psihologie a microgrupului familial, integrare psihologică în diverse sisteme de funcţionare socială. Studiile dezvoltării sistemului nervos central în perspectiva neuroştiinţelor, a neurologiei şi neuropsihiatriei joacă un rol important. Organizarea cercetării şi interpretările sunt

efectuate din perspectiva unor diverse doctrine, de la psihanaliză la teoria ataşamentului, a psihologiei interpersonale, a comportamentului, cogniţiei sociale, psihologiei diferenţiale, dar mai ales a cognitivismului. Sunt urmărite variantele normale, deviante, anormale şi patologice ale dezvoltării psihismului de-a lungul ontogenezei. Problema vulnerabilităţii, a raportului diateză/stress, a non-vulnerabilităţii şi elasticităţii (rezilienţei) de-a lungul dezvoltării sunt, de asemenea, abordate împreună cu ansamblul funcţiilor ce pot condiţiona apariţia manifestărilor psihopatologice, compensarea şi decompensarea lor. Psihologia şi psihopatologia developmentală se prezintă, de obicei, sub formă de monografii ce relevă diverse faţete ale psihismului persoanei, fără o teorie interpretativă dominantă. Această viziune se află în legătură cu doctrina ciclurilor vieţii, iniţiată de Erikson şi continuată, în cazul adulţilor, de şcoala lui Levinson, în continuarea ideilor originale ale lui Jung asupra individuaţiei.

Ca aspecte caracteristice pentru psihopatologia developmentală pot fi considerate următoarele : perspectiva interdisciplinară ; studierea concomitentă şi în paralel a dezvoltării normale şi a celei deviant-patologice a psihismului, inclusiv zonele de tranziţie dintre acestea ; studiile orientate pozitivist, privitoare la aspecte precise ale persoanei, dezvoltate longitudinal şi corelate între ele – obiectivul-limită îl reprezintă studierea dezvoltării şi metamorfozelor pe întreaga durată a vieţii, deci articularea cu problematica ciclurilor vieţii de la vârsta adultă ; perspectiva transgeneraţională a particularităţilor dezvoltării normale şi anormale ; înţelegerea dezvoltării din perspectivă ecologică – a interrelaţiilor şi influenţelor reciproce dintre individ şi microgrupurile umane cu care interacţionează direct în cadrul unei socioculturi ; studierea concomitentă a factorilor stresanţi şi a celor protectivi ; studierea continuităţii şi discontinuităţii dintre tulburările şi devianţele prezente la o anumită vârstă şi la vârste ulterioare, inclusiv la cea adultă ; cercetarea „elasticităţii" psihismului, în sensul că anumite persoane ajung la o bună dezvoltare, chiar dacă trăiesc timp îndelungat în condiţii nefavorabile ; ajungerea la un

rezultat comun (deviant, patologic), la o vârstă mai înaintată, pe diverse căi ale devierii în cursul copilăriei; problemele care le ridică perioadele critice ale dezvoltării; studierea perioadelor cu risc crescut; constituirea unor indivizi cu risc constant pentru tulburări psihice şi evoluţia acestora în cursul dezvoltării; studierea situaţiilor developmentale în care copilul sau tânărul se află într-o fază intermediară între normalitate şi anormalitate; influenţele negative asupra dezvoltării diverselor funcţii ale unei deficienţe sectoriale, prin cumulări intermitente, ajungându-se la vulnerabilizări sau perturbări de ansamblu; compensarea developmentală a unor deficienţe prin evoluţia spontană sau prin intervenţii ţintite în anumite perioade de viaţă etc.

Patologia developmentală se dezvoltă ca o bază pentru înţelegerea istoriei formării, afirmării şi devenirii persoanelor umane concrete în variante normale, vulnerabile, anormale sau excepţionale. Ea se articulează strâns cu ideea biografiei, nefiind străine, în principiu, concepţiei narative asupra persoanei; de asemenea, ea se bazează tot timpul pe dimensiunea sinelui, care stă la baza persoanei active, reflexive şi intenţionale, a identităţii acesteia cu sine. În sfârşit, ea pune accent şi pe ambianţa ecologic-umană în care persoana se formează, se afirmă, este receptată şi evaluată, în care ea cere sprijin, dar şi crează, adică, devine o personalitate creatoare. Persoana, personajul şi personalitatea, care lasă amprente şi influenţează lumea în care se manifestă, formează un tot indestructibil.

2.13. Concluzie

Psihologia persoanei, aşa cum s-a dezvoltat ea în secolul XX şi aşa cum se prezintă astăzi, e un conglomerat de doctrine, fapte asociate cu diverse metodologii, cunoştinţe mai mult sau mai puţin sistematizate, care pot ghida cunoaşterea „psihologică" a omului individual actual.

Nu există însă un corp doctrinar solid şi unitar, care să fie un referenţial indiscutabil pentru comunitatea psihologilor şi psihopatologilor atunci când se comentează tulburările de personalitate, deşi o serie de sugestii, date, metodologii şi concepţii îl pot inspira pe psiholog, clinician sau pe antropolog. Acest fapt se cere subliniat, deoarece, în ultimul timp, mulţi susţin o ideologie a importanţei şi primatului „datelor empirice", a fundamentării pe „evidenţe faptice", reproductibile. Dar orice fapt ştiinţific, în toate domeniile – deci inclusiv în psihologia persoanei şi în domeniul tulburărilor de personalitate –, se obţine printr-o metodologie şi e solidar cu o teorie ştiinţifică sau, cel puţin, cu o doctrină cu pretenţii de scientificitate, pe care o confirmă sau o infirmă. Nu există fapte ştiinţifice brute şi neutre. De aceea, trebuie recunoscut deschis faptul că domeniul psihologiei persoanei normale este un posibil construct, în permanentă conturare şi reorganizare, care generează cercetări şi se alimentează din cercetări, după cum, pe de altă parte, se alimentează şi din reflecţia critică, din modalitatea de raportare speculativ-raţională a omului conştient la sine însuşi.

Universul tulburărilor de personalitate nu va diferi, în scientificitatea sa, de universul în care se plasează problematica persoanei umane şi cea a psihologiei persoanei normale.

Comentariile de mai sus nu susţin însă ideea că nu ne-am putut înţelege bine între noi atunci când discutam despre persoana umană şi despre tulburările de personalitate. Ghidaţi de o informaţie şi o experienţă corespunzătoare vom putea sesiza de fiecare dată direct şi la obiect, „cine" este persoana care trăieşte şi manifestă o tulburare de personalitate, persoana cu care interrelaţionăm în viaţa şi profesia noastră.

Capitolul 3

Repere ale personogenezei normale şi patologice

3.1. Repere personogenetice fundamentale

Personalitatea umană reprezintă un *concept operaţional* care defineşte omul în sfera disciplinelor psihologice. În realitate, ea se corelează *fiinţei umane conştiente de sine, cu un eu autentic ce se manifestă ca atare, care are un destin unic şi poate fi descrisă ca o structură bio-psiho-socio-spirituală.* Aceasta reuneşte:

- principiul vital (interacţiunile din care a luat naştere fiinţa);
- principiul raţiunii (reperele cunoaşterii şi înţelegerii);
- principiul conştiinţei (capacitatea de autoreflecţie şi de reflectare a lumii);
- principiul transcendenţei (capacitatea de a se re-crea prin depăşirea de sine şi a lumii, tinzând spre un ideal).

Dar personalitatea mai înseamnă şi un *complex de trăsături psihologice*, specific individuale, persistente, în marea lor majoritate neconştientizate, care se reflectă în aproape toate manifestările comportamentale. Acestea sunt expresia unor atribute stabile sau coalizează o suită de stări şi reacţii declanşate de stimulii din mediu.

Trăsăturile apar ca rezultantă a frecvenţei şi intensităţii reacţiilor anterioare la diverşi stimuli şi sunt predispoziţii individuale de a observa diversele situaţii de viaţă – uneori de a le integra –, dar şi de reacţiona într-o manieră specifică. În ansamblu, sunt deci condiţionate de predispoziţii biologice şi experienţe de cunoaştere şi învăţare şi structurează un model personal de percepţie, gândire, afectivitate şi adaptabilitate. Atunci când sunt maladaptative, iar manifestările psihocomportamentale corespondente amprentează constant destinul individual, suntem pe teritoriul personalităţilor patologice.

Descifrarea originii omului rămâne un major deziderat antropologic, în sensul că suntem creaţia lui Dumnezeu, iar Pământul poate fi raiul – sau iadul – unei alte lumi. Sorgintea extraterestră postulează faptul că oamenii sunt urmaşii născuţi din elementele de concepţie ale unor fiinţe din spaţiul cosmic care, întâmplător sau nu, au ajuns pe Pământ.

Singurul proces care poate însă explica formarea unor trăsături complexe funcţionale drept componente ale naturii umane, dar şi ale tuturor fiinţelor vii este selecţia naturală ca teză a teoriei evoluţioniste (Buss *et al.*, 1998). Apariţia şi evoluţia omului presupune criterii selective specifice care favorizează adaptarea la condiţiile mediului şi diferă, bineînţeles calitativ, de cele corespunzătoare altor specii (Symons, 1992). Trăsăturile complexe funcţionale, formate ca variabile individuale, asigură supravieţuirea organismului şi reproducerea acestuia. Variabilele moştenite sunt calitativ superioare şi, iniţial, domină procesul evolutiv. Acesta rămâne unul non-intenţional şi dificil de anticipat, din cauza intervenţiei selecţiei cantitative, dependentă de frecvenţă. Corespunzător acesteia, dacă într-o comunitate numărul bărbaţilor scade simţitor, cresc condiţiile pentru care aceştia să fie apreciaţi şi să aibă succes ; altfel spus, creşte valoarea lor. Vor fi favorizaţi astfel părinţii care au băieţi, iar cele două sexe se vor apropia din nou din punct de vedere cantitativ.

În cazul personalităţii umane, lucrurile se desfăşoară într-un mod asemănător. În mod tradiţional, femeile îşi aleg bărbaţii după trăsăturile constituţionale avantajante şi după calităţile reproducătoare, parentale. E de subliniat faptul că raporturile dintre sexe sunt condiţionate de diferenţele ce ţin de biologia reproducerii, care este mult mai complexă şi mai durabilă la sexul feminin (Buss, 1994). Se poate întâmpla ca bărbaţii atractivi să evite femeile, deci şi rolul parental, rezultând astfel legături erotice de scurtă durată. Sunt descrise *două variante atitudinale.* Atunci când femeia caută un tată pentru copiii ei, contactul sexual este amânat, iar logodna prelungită, pentru confirmarea calităţii sentimentelor şi structurarea strategiilor conjugale. Pe de altă parte, dacă femeia caută un bărbat pentru farmecul şi dotarea sa, contactul sexual este precoce şi legăturile sunt efemere (Gangestad şi Simson, 1990). Rezultă astfel *două strategii relaţionale* : una non-restrictivă – când creşte numărul femeilor cu strategii non-restrictive, creşte şi numărul bărbaţilor apreciaţi pentru dotarea şi farmecul lor, dar şi nivelul competiţiei dintre ei, fapt care determină diminuarea raporturilor de acest fel – şi una restrictivă, în cazul cărora procesul este asemănător, închizându-se astfel un ciclu al parteneriatului sociosexual (Buss şi Shackelford, 1997).

Un exemplu derivat din particularităţile socioculturii actuale este cel al trăsăturilor de tip antisocial, dintre care unele sunt recunoscute ca având transmitere genetică. După cum se ştie, la maturitate, pacienţii cu TP antisocială adoptă strategii sexuale non-restrictive, precoce şi exploatative, care vor favoriza transmiterea genelor propsihopatice.

Modalităţile de manifestare a instinctului sexual sunt dependente şi de statutul socioeconomic. Nivelul ridicat al acestuia favorizează relaţiile dintre sexe. De aceea, bărbaţii luptă mai mult decât femeile pentru o poziţie socială şi un statut economic cât mai ridicat. Ei investesc timp şi efort în acest statut şi suferă intens când acesta este

afectat total sau parţial. Ca urmare, statutul social al familiei în care se naşte un copil primeşte o importanţă deosebită (Kenrick şi Keefe, 1992).

Particularităţile motivaţionale sexuale – conform cărora bărbaţilor le este proprie o mai mare diversitate a relaţiilor intime – influenţează, la rândul lor, raporturile dintre sexe şi rolul parental. Complexitatea acestuia din urmă este însă net superioară relaţiilor sexuale. Astfel, bărbaţii sunt, în genere, mai geloşi pe infidelitatea sexuală, iar femeile, pe cea afectivă.

Rolul personogenetic al mediului este decisiv prin favorizarea unor trăsături sau aptitudini personale moştenite. În acest sens, amintim calităţile atletice în anumite culturi sau zone geografice sau abilităţile aparţinând unor profesii cu transmitere familială. De asemenea, persistenţa unor situaţii dezavantajante, precum o viaţă familială dezordonată sau abuzul de substanţe toxice în familia parentală, poate cultiva trăsături individuale din acelaşi spectru sau, dimpotrivă.

Selecţia naturală are rol de filtru în cazul fiecărei generaţii. Persistă doar acele trăsături care asigură superioritatea personalităţii, continuitatea şi creativitatea speciei. Ele sunt întotdeauna adaptative şi moştenite ereditar. Studiile recente efectuate pe gemeni arată faptul că şi în cazul tulburărilor de personalitate ereditatea ocupă un loc semnificativ. Cei *patru factori cu transmitere ereditară* sunt: disconfortul afectiv, antisocialitatea, inhibiţia şi compulsivitatea. Aceştia pot fi raportaţi la atributele temperamentale. În sens dimensional, ei corespund unui nivel crescut de nevroticism şi conştiinciozitate, respectiv scăderii extroversiunii şi farmecului. Astfel, *teoria selecţiei prin frecvenţă* interferează cu determinismul genetic al personalităţii şi confirmă legătura dintre ereditate şi comportament.

Diferenţele interindividuale reprezintă o realitate accentuată prin modul în care sunt prezentate trăsăturile avantajante sau dezavantajante în funcţie de conjunctură. Se transmit astfel – prin internalizarea

modelelor comportamentale – acele strategii adaptative şi relaţionale care subliniază, de fapt, autenticitatea fiecărei persoane. Oamenii zilelor noastre sunt purtătorii unui set de strategii adaptative care s-au dovedit superioare în timp. Ele pot fi promovate eficient în raporturile interpersonale, dacă sunt conştientizate. Se reconfirmă deci rolul autopercepţiei care integrează introspecţia şi autoevaluarea. De aceea, diferenţele interindividuale devin evidente şi stabile la vârsta maturităţii.

3.2. Ontogeneza personalităţii normale

Ontogeneza personalităţii normale este un proces complex care coalizează factorii ereditari şi de mediu şi impune modele de studiu integrative.

Atributele copilăriei se regăsesc în trăsăturile temperamentale ale adultului, astfel încât – în sens metaforic – s-a pus întrebarea: „În ce măsură *este copilul tatăl adultului?*". Raporturile stimul-răspuns încep din primul an de viaţă, dar manifestările senzoriale, motorii şi afective holotimice din acea perioadă nu se regăsesc decât în condiţii comorbide specifice tulburărilor de personalitate la vârstele mai mari.

Al doilea an de viaţă este decisiv prin prisma modificărilor corelate cognitive şi afective. Senzorial şi cognitiv, copilul devine capabil să controleze permanenţa şi alteritatea obiectului şi să se angajeze în jocuri simbolice. Apar, de asemenea, emoţiile trăite ca personale, deci asumate, de tipul îngrijorării şi ruşinii, şi devin astfel posibile reprezentări mentale ale mediului social, formându-se expectaţii şi credinţe în raport cu acesta (Astington, 1993). Aceste atribute cognitive, afective şi motivaţionale incipiente devin predictive pentru personogeneza ulterioară doar atunci când sunt congruente cu cele ale mediului social. Altfel, rămân simple reacţii la stimulii externi fără contribuţie ontogenetică. În acelaşi context, deprinderile

din prima copilărie sunt mai rezistente la influenţele factorilor de mediu atunci când sunt dominant moştenite (Tessler, 1993). A putut fi însă stabilită o corelaţie pozitivă între memoria de recunoaştere din primii ani de viaţă şi QI de la vârste mai mari (McCall şi Carriger, 1993). Factorul *inteligenţă* rămâne însă o variabilă relativă, condiţionată de educaţie, interacţiunile sociale şi culturale care amprentează decisiv destinul personalităţii normale şi patologice.

Din perspectivă developmentală, se consideră că există trăsături ale personalităţii, dominant moştenite, care nu se modifică în timp, iar pe de altă parte, pentru diferenţele structurale interindividuale nu pot fi confirmate, ci doar sugerate repere predictive (Lewis, 1997; Caspi, 1998).

Există *mai multe modele personogenetice*. Unul dintre ele este *modelul organismic* – centrat pe individ –, care consideră că individul se maturizează gradual, prin acumulări progresive (Pervin, 1990). Este relevat rolul relaţiilor parentale – cu mama, în special – ca factor personogenetic major. Atributele noastre cognitive, afective şi adaptative în situaţii particulare sunt eferenţe ale structurii ADN-ului individual, ale reţelelor interneuronale sau pot fi învăţate şi fixate prin repetiţie. Ele devin persistente şi se integrează structurii personalităţii dacă sunt îndeplinite trei condiţii. Atunci *când au un determinism biologic* – genetic, corelat supravieţuirii speciei – sau *când sunt învăţate şi repetate* (Plomin, 1983). De aceea se dezvoltă trăsături individuale pozitive adaptative şi negative maladaptative, pentru că repetăm atât experienţele de viaţă pozitive, cât şi pe cele negative. A treia condiţie presupune *conştientizarea şi integrarea lor prezentului trăit şi conştiinţei de sine*. Astfel, dacă eşti convins că ai un defect de vorbire din copilărie, rămâi cu această convingere chiar dacă, în viaţa adultă, devii un actor strălucit. De asemenea, pot exista avantaje şi în menţinerea unor strategii disfuncţionale, pentru că ele te obligă mai târziu să cauţi experienţe noi care pot fi

benefice (Greenberg şi Mitchel, 1983). Alteori, nerezolvarea unei probleme împiedică implicarea în altele noi, iar incapacitatea de a te corecta îţi modifică nu doar ţie comportamentul, ci şi pe cel al celor din jur. Aşa se întâmplă în cercetarea unor conduite sexuale deviante, care presupune şi colaborarea celor care, direct sau indirect, au contribuit la apariţia lor (Masters *et al.*, 1977). Atitudinile şi tendinţele fixate iniţial sunt mai persistente decât cele recent învăţate, pentru că induc sau alterează structuri biologice. Astfel, copilul învaţă mai greu să folosească toaleta, pentru că, anterior, a avut alt mod de adaptare la situaţie, pe care trebuie să-l uite şi apoi să-şi însuşească noua variantă (Largo *et al.*, 1986). Afirmaţia face trimitere la doctrinele psihosociale occidentale, care postulează continuitatea ontogenezei personalităţii, în antiteză cu cele orientale, care o descriu ca pe un proces discontinuu, cu reveniri şi întreruperi. Ele pot reflecta instabilitatea sociopolitică, dar şi convingeri de factură mistică, precum cele privitoare la reîncarnare.

Din acest model derivă *trei teorii evolutive personogenetice.*

Prima poate fi numită *teoria cantitativă*, a achiziţiilor progresive, dar inegale, care pornesc de la structuri şi funcţii preexistente. Personogeneza este deci un proces continuu, care însă nu este condiţionat doar de reperele iniţiale preformate, ci se diversifică începând cu modificările hormonale din perioada pubertăţii şi adolescenţei. E o tranziţie de factură dimensională.

Majoritatea opiniilor personogenetice elaborate confirmă discontinuitatea etapelor ca atribut major în fazele precoce şi continuitatea lor ca dominantă a fazelor tardive (Roberts şi Helson, 1997).

A doua teorie evolutivă personogenetică este *teoria transformărilor etapizate*, în care rolul structurilor şi funcţiilor iniţiale este sumar, iar modificările din fazele tardive le înglobează pe cele din fazele precedente. Astfel, când A devine B, A încetează să mai existe. Doar nivelul A poate interacţiona cu mediul, iar în condiţii de stres el poate regresa la un nivel inferior care ignoră achiziţiile anterioare

şi se manifestă prin simptome psihopatologice sau tulburări de comportament. Ca exemple pot fi menţionate succesiunea etapelor ontogenezei insectelor, descrisă de Piaget (1952): omidă → larvă → fluture. La fel se întâmplă şi în cazul dezvoltării inteligenţei, în care abilităţile senzoriale şi motorii sunt înlocuite de operaţiile logice. Freud (1953), la rândul său, a descris cele cinci stadii binecunoscute ale personogenezei – oral, anal, falic, de latenţă şi genital. Bowlby (1988), pe de altă parte, abordează ataşamentul ca atribut al personalităţii cu valoare de trăsătură care însoţeşte dezvoltarea acestuia. O relaţie de ataşament crescut al copilului cu mama favorizează raporturile de prietenie cu congenerii şi, ulterior, o dragoste romantică. Teoria e combătută de faptul că dacă A şi B sunt diferite, nu pot deriva una din alta şi, de asemenea, etapele nu sunt parcurse toate de fiecare individ.

Teoria aditivă – cea de-a treia – postulează faptul că dezvoltarea e discontinuă, etapizată, nivelul imediat superior integrându-l pe cel precedent care îşi păstrează încă o parte din atributele definitorii. Astfel A → B, iar B devine B_1, integrând pe A. Individul îşi dezvoltă diferite nivele de reprezentare a abilităţilor sectoriale care se mobilizează în funcţie de scopul momentan, procesul putând implica sau nu participarea emoţională. Transformarea are loc sub influenţa condiţiilor de mediu care pot provoca şi fenomenul invers, de regresie sau reversibilitate la un nivel inferior. Un exemplu ar ar putea fi situaţia în care copilul îşi suge degetul sau plânge atunci când cade. Ca adolescent sau adult, poate să recapete – în condiţii de stres – aceste atitudini (Mounoud, 1990; Le Doux, 1990).

Modelul contextual sau *pragmatic*. James (1975) relevă faptul că strategiile cunoaşterii se modifică mereu în funcţie de context. Acumulările care definesc personogeneza reprezintă o colecţie de evenimente care nu sunt, în mod necesar, legate între ele, nu au legătură unele cu altele şi nu se termină niciodată. Nu există transformare, progres, deci nici finalitate. Teoria postulează rolul dominant

al *self*-ului, care este activ, gândeşte, simte, planifică, dar în funcţie de un anumit moment sau context existenţial. În acest fel, prezentul reconstruieşte trecutul, care îşi pierde legătura cu realitatea, fiind un construct imaginar. Gândurile noastre sunt condiţionate de nevoile noastre, iar acestea devin funcţii ale minţii noastre. Ca urmare, dezvoltarea personalităţii nu e unidirecţională – ca în cele trei variante ale teoriei organismice –, ci complexă, multidirecţională, în funcţie de *nevoi* şi de *context*. Ne dezvoltăm personalitatea nu doar pornind de la predispoziţii şi experienţe precoce, ci trăind într-un prezent pe care-l cunoaştem şi fiind mereu conştienţi de noi înşine.

Relaţia mamă-copil evoluează în timp, pozitiv sau negativ, în funcţie de atributele iniţiale, în sensul că opinia asupra timidităţii sau labilităţii unui copil la o anumită vârstă este asemănătoare cu cea de la vârstele anterioare.

Bowlby (1980) merge mai departe, afirmând că un copil are şi un model activ de relaţie cu mama sa, care se adaugă experienţelor iniţiale. Întrebările repetate legate de ele confirmă rolul dominant al prezentului trăit (legat de context şi de mediul social) în raport cu trecutul. Autopercepţia favorabilă a unui individ în prezent – inclusiv corespunzător raporturilor cu diverse forme de autoritate – induce şi relatări pozitive asupra trecutului personal (Darrow, 1970). Acesta rămâne o structură imaginară şi pentru că e foarte greu de stabilit în ce măsură evenimentele de viaţă au fost trăite cu adevărat (Ford şi Lerner, 1992).

Studiile asupra ataşamentului, privit ca factor prosocial şi relaţional major, arată că nu există o relaţie directă a nivelului acestuia de la vârsta de 1 an cu cel de la 18 ani. Merită aici inserată trimiterea la procesele memoriei, care au un caracter contextual, legat de nevoile şi motivaţiile prezentului. Astfel, evenimentele de viaţă din trecut sunt reconstruite pornind de la reperele dominante ale cotidianului. Cu alte cuvinte, convingerile noastre actuale le influenţează pe cele asupra trecutului care, la rândul lor, dau sens prezentului trăit.

Inițial, există un atașament sporit față de mamă, apoi față de obiect. Până la 18 ani, atașamentul este condiționat familial, după această vârstă dominând condiționările sociale. Reprezentările preverbale ale eului și ale celor apropiați, care le oferă căldură afectivă și protecție, structurează un model dinamic interior (*internal working model*). El se dezvoltă pe măsura maturizării cognitive și ghidează comportamentul individual prin modularea trăirilor afective (Waters *et al.*, 2000). Autoreprezentările negative corespund unui atașament anxios, iar reprezentările negative ale lumii, unui atașament evitant (Rothbard și Shaver, 1994).

Dezorganizarea atașamentului prin alterarea severă a raporturilor cu persoana securizantă, care devin o sursă permanentă de frustrări și psihotraume, cultivă instabilitatea imaginii de sine, care poate prefigura dezvoltarea unor trăsături de tip borderline (Solomon și George, 1999; Fonagy *et al.*, 2000).

Harper (1998) descrie eul ca pe o structură cognitivă organizatoare a comportamentului, prin intermediul căreia acesta se integrează personalității. El coalizează atributele individuale care se vor manifesta mereu la fel în situații specifice, asigurând autenticitatea individuală. Eul condiționează autopercepția și autoevaluarea care diferă calitativ în dinamica rolurilor și vârstelor vieții. Astfel, autopercepția pozitivă din copilărie legată de inabilitatea de a diferenția realul de ireal induce un sentiment de grandiozitate de factură megalomanică, ce poate deveni suportul unor trăsături de serie narcisică la vârsta adolescenței. Grandiozitatea devine patologică atunci când este refuzată orice variantă de autopercepție dezavantajantă și se acordă aceleași semnificații perceperii de către cei din jur. Pe de altă parte, eul copiilor abuzați fizic sau psihic se structurează micromanic, prin intermediul unei autopercepții devalorizante care se autoîntreține prin perceperea deformată a celor din jur. Ca urmare, ontogeneza personalității are condiționări multiple, legate însă permanent de lumea înconjurătoare.

Personogeneza înseamnă, în primul rând, succesiune a vârstelor, pentru că personalitatea este o structură dinamică ce diferă de la o vârstă la alta. Ea este condiționată de dezvoltarea psihismului, deci de integritatea morfo-funcțională a sistemului nervos central și integrează atât dezvoltarea funcțiilor psihice, cât și delimitarea trăsăturilor personalității sub influența condițiilor de mediu. Formarea personalității coalizează contribuția a două categorii de factori: ereditari și de mediu.

Factorii genetico-ereditari au un rol personogenetic care a fost remarcat corespunzător asemănărilor reciproce dintre părinți și copii. Atributele copilăriei se regăsesc în trăsăturile temperamentale ale adultului. Prin urmare, există trăsături sau abilități care sunt transmise descendenților. Ce anume se transmite? Caracteristici fizice sau psihice? În ce măsură – în raport cu cele determinate exogen – și cum se transmit trăsăturile parentale?

Există o ereditate biologică și una psihologică. Astfel, trăsăturile fizice sunt în mod inegal determinate de factorii ereditari, creșterea corporală și maturizarea sexuală având și condiționări sociale. Are loc accelerarea dezvoltării lor în țările cu o civilizație materială avansată, precum și datorită ritmurilor vieții moderne, care favorizează maturizarea precoce funcțională a sistemului nervos central. Trăsăturile fizice se transmit ereditar într-o măsură mai mare decât cele psihice – cognitive și afective –, mai complexe. Este important nivelul de conștientizare al acestor trăsături și opinia mediului social – care le valorizează sau nu –, favorizând sau defavorizând influența lor asupra structurii personalității.

Dintre trăsăturile psihice, inteligența a fost mereu o prioritate, considerându-se că se transmite ereditar într-o proporție de 80%. Testele de inteligență însă nu pot diferenția contribuția eredității de cea a mediului și măsoară atât gradul de asimilare a achizițiilor socioculturale, cât și nivelul de accesibilitate la acestea. Se infirmă astfel superioritatea intelectuală a unei clase sociale sau rase. Influența

ereditǎţii rămâne mai mare în cazul funcţiilor psihice mai simple, ca şi a trăsăturilor de temperament şi scade în personogeneza tardivă în favoarea exerciţiului, învăţării şi a factorilor sociali. Trebuie subliniat şi faptul că numai în condiţii favorabile de mediu predispoziţiile ereditare devin manifeste clinic.

Este dificil să se facă o separare a contribuţiei influenţei genetice – aproximativ 50% – faţă de cea ambientală, asupra trăsăturilor personalităţii (Plomin *et al.*, 2001). Mecanismele poligenice nu pot explica singure trăsăturile personalităţii, ele interferând constant cu factorii de mediu. Livesley (2003) sugerează contribuţia dominantă a genelor şi a *marker*-ilor biologici – impulsivitatea : scăderea 5-HT centrale (Mann, 1998) – în determinismul dimensiunilor cel mai bine delimitate, deci mai pregnant conturate. De asemenea, trăsăturile temperamentale – condiţionate dominant genetic – influenţează contribuţia personologică a factorilor de mediu. Astfel, după Reiss (2000), temperamentul copilului fundamentează raporturile cu părinţii şi congenerii. Aceştia din urmă par să domine ca importanţă contribuţia atmosferei familiale în dezvoltarea personalităţii copilului (Harris, 1998). Dar tot el subliniază faptul că orice încercare de a stabili raporturi între experienţele din copilărie şi personalitate nu poate ignora factorii genetici ca variabile latente.

Factorii de mediu asigură umanizarea individului, deci afirmarea conştiinţei şi a spiritualităţii. Studiile efectuate pe gemeni mono- şi dizigoţi arată rolul accelerator pentru maturizare al intervenţiilor educative precoce şi complexe. Nu în ultimă instanţă, rolul factorilor sociali în personogeneză este confirmat şi de imposibilitatea umanizării „copiilor-lup". Relaţiile interpersonale – pe verticală părinţi, iar pe orizontală congeneri – influenţează voinţa, sociabilitatea, farmecul şi alte dimensiuni ale personalităţii din modelul celor cinci factori şi din cel al celor şapte factori. Pe de altă parte, jocurile de rol favorizează dezvoltarea de trăsături caracteriale diferite.

Personogeneza se substituie unui proces etapizat, fiecare etapă fiind un capitol distinct al aceleiaşi istorii. O etapă integrează un

ansamblu de trăsături psihologice şi personologice, coerente şi structurante. De asemenea unui anumit nivel funcţional al proceselor cognitive îi corespunde un nivel asemănător al proceselor afective şi al trăsăturilor volitive şi caracteriale din structura personalităţii.

La vârsta copilăriei, operaţiile gândirii se realizează prin intermediul acţiunilor externe, însoţite de exprimarea cu voce tare a cuvintelor. Acţiunile copilului au motivaţii biologice – nevoi imediate, impresii nemijlocite – şi nu se desfăşoară pe baza unui plan prestabilit sau a unor norme deontice. Imaturităţii psihologice îi corespunde deci una caracterială. Raportul se păstrează în cazul personalităţii normale armonios structurate. Această relaţie precedă, ca debut, naşterea, fiind iniţiată de planificarea maternităţii, şi conduce la structurarea acelui model intern activ de reprezentare (*internal working model*) care va favoriza diferenţierea progresivă a individului faţă de lumea din jur (Piaget şi Inhelder, 1970). Copilul trăieşte între real şi imaginar ; ca urmare, îi imită pe cei din jur şi ajunge să şi-i reprezinte şi atunci când nu sunt prezenţi.

Pe de altă parte, la vârste mai mari (în a treia copilărie), procesele psihice mai complexe – cum este gândirea – le influenţează, stimulându-le, pe cele elementare – atenţia şi memoria imediată. Ontogeneza psihismului deci se face de la simplu la complex, de la nediferenţiat la diferenţiat, dar şi invers, după o anumită vârstă, la care responsabilităţile şi ierarhiile sociale, precum şi rolurile vieţii obligă la însuşirea primelor norme morale comunitare. Astfel, psihismul în dezvoltare întâlneşte primele atribute care vor aparţine, în timp, personalităţii, ele fiind de natură cognitivă, afectivă atitudinală, relaţională şi morală.

Majoritatea caracteriologilor împart personogeneza în şase etape :

- sugar sau nou-născut : 0-1 ani ;
- prima copilărie : 1-3 ani ;
- a doua copilărie : 3-6 ani ;

- a treia copilărie: 6-11/12 ani;
- preadolescenţa: 11/12-14/15 ani;
- adolescenţa 14/15-18/19 ani, care, după Neugarten (1988), corespunde unor vârste diferite în culturi diferite.

Sunt importante şi constant întâlnite activităţile dominante ale vârstei – acţiuni obiectuale imitative (în prima copilărie), jocul (în a doua copilărie), învăţarea (ulterior). Ele asigură diferenţierea, integrarea şi ierarhizarea proceselor psihice. Simultan, copilul comunică cu mediul social şi internalizează un anumit sistem de relaţii şi roluri, introjectează normele bunului-simţ comunitar şi începe să-şi controleze energiile temperamentale şi sub influenţa educaţiei instituţionalizate.

Perioada de sugar este dominată de funcţiile vegetative şi de contactul cu obiectele sau figurile care apar şi dispar complet în spaţiul imediat. În luna a treia, apare zâmbetul în prezenţa mamei, iar înţelegerea primelor cuvinte are loc la 8 luni, când se plasează cu aproximaţie şi debutul relaţiei de ataşament faţă de mamă. Acesta este securizant şi gratificant. Pronunţarea primelor cuvinte se face la 10-12 luni.

În prima copilărie – între 1 şi 3 ani – se dezvoltă mersul, care asigură contactul cu lumea, deci o anumită independenţă şi primele elemente vagi ale conştiinţei de sine. Gândirea intuitivă se dezvoltă prin jocuri de rol şi simbolice, în timp ce afectivitatea domină psihismul, dar începe să se obiectiveze şi să se organizeze în raport cu lucrurile, acţiunile şi persoanele din jur. Sunt conştientizate primele emoţii proprii, precum stânjeneala şi jena, corespunzător perceperii semnificaţiei morale a propriilor fapte. Dar controlul conştient cortical e încă scăzut, iar copilul are abateri de la cerinţele şi expectaţiile adulţilor, deşi înţelege că este autorul unor acţiuni care au consecinţe asupra celorlalţi. La 3 ani „schema corporală" e structurată în aşa măsură încât permite reprezentarea fermă a limitelor propriului corp.

A doua copilărie reprezintă o piatră de hotar ce corespunde debutului personogenezei propriu-zise şi apariţiei sentimentelor. Copilul se integrează în familie – raportându-se şi la alţi membrii – şi îşi extinde reţeaua de suport social la grădiniţă. Jocul cultivă curiozitatea, imaginaţia, conturează interesele şi valorile personale incipiente, dezvoltă relaţiile interpersonale şi, prin imitarea rolurilor adulţilor, deschide accesul spre lumea celor mari. Poveştile oferă noi subiecte de identificare şi imitaţie şi devin sursa arhetipurilor care participă activ la structurarea identităţii (Jung, 1984). Activităţile obligatorii de la grădiniţă devin primele forme ale învăţării.

La 5 ani, este confirmat rolul reglator al cuvântului care face ca subiectivismul dorinţelor şi frustrărilor să fie înlocuit de reperele realităţii obiective. Pot fi conştientizate exemple şi norme de conduită, performanţe şi valori. Limbajul permite internalizarea mesajelor adulţilor şi cultivă socializarea. Apar planificarea acţiunilor şi efortul voluntar, ce ar putea corespunde primelor atribute caracteriale. La 6 ani, structurarea identităţii sexuale este definitivată, copilul fiind conştient cărui gen îi aparţine.

A treia copilărie şi perioada pubertăţii sau preadolescenţa coincide cu debutul şcolarizării şi apariţia unor solicitări complexe. Se reorganizează schema corporală şi creşte preocuparea pentru propriul corp, ca preambul al unei noi „crize de identitate". Corporalitatea are pentru individ o dublă semnificaţie – de componentă a lumii biologice şi sediu al propriei vieţi psihice, dar şi de condiţie fundamentală de delimitare a eului conştient în raport cu lumea. În acest sens, se conturează – în plan personologic – două profiluri care încearcă, mai mult sau mai puţin conştient, să atragă atenţia anturajului: unul hiperexpresiv, captativ, de factură histrionică, şi unul riguros şi perfecţionist, de factură anancastă.

Sunt evidente instabilitatea psihomotorie şi dificultăţile de învăţare a scrisului şi cititului. Se conturează „fobii de şcoală" ca expresie a tulburărilor de ataşament sau a unor iniţiale experienţe negative în

mediul şcolar. Devin dominante jocurile constructive şi cu reguli care dezvoltă autocontrolul şi colaborarea. Normele noi disciplinare vizează şi ritmul achiziţiilor, precum şi eficienţa învăţării, termenul de *succes personal* primind noi valenţe (Lăzărescu, 2002). După 11-12 ani, aspectul fizic şi felul în care apare tânărul în ochii celor din jur devin problematizante. Creşte atracţia pentru experienţele sexuale masturbatorii sau în cuplu, chiar şi homosexuale, precum şi preocupările legate de alimentaţie, mai ales la tinerele fete.

În această perioadă, calitatea educaţiei asigură calitatea învăţării - ca principală forţă motivaţională a maturizării individuale. Procesul de învăţare rămâne condiţionat de comunicarea verbală şi nonverbală cu părinţii, care sunt primii care determină înlocuirea comportamentului impulsiv-instinctual cu unul standardizat. Sunt, de asemenea, implicate relaţia afectivă cu mama, raporturile cu lumea materială şi cu natura, dar şi modalităţile de însuşire a limbajului şi de asimilare a valorilor sociale şi culturale.

Abilităţile logice devin calitativ superioare şi permit conturarea distinctă a propriei individualităţi. Relaţia de ataşament parental pierde teren în favoarea ataşamentului faţă de congeneri (Bolwby, 1973). Adolescentul devine capabil şi de relaţia de ataşament faţă de subiecţii ideali şi îşi reevaluează ataşamentul parental. Pot să apară manifestări expansive sau disforice, care prefigurează trăsături narcisice sau histrionice. Devine evidentă complexitatea şi stabilitatea raporturilor dintre procesele de învăţare şi de maturizare individuală, aceasta din urmă integrând şi eforturile de adaptare în rolurile vieţii. Supraslicitarea poate cultiva atitudini evitante sau scurtcircuitate, dar şi atribute integrabile nevroticismului.

În adolescenţă, conştiinţa de sine se întregeşte ca un *alter-ego*, iar nepotrivirile dintre dezvoltarea biologică şi cea psihologică se estompează şi devin evidente tendinţele de emancipare de sub autoritatea părinţilor şi a dascălilor. Achiziţiile cognitive sunt în expansiune, ca şi procesul de integrare a valorilor lumii adulţilor. Se structurează

raportul dintre erotism şi afectivitatea tranzitivă a dragostei, raport dominat de atributele sentimentalismului şi romantismului. Se iniţiază sau se amână, în mod frustrant, relaţiile sexuale. Propria identitate a tânărului o integrează afectiv şi pe cea a persoanelor din jur, faţă de care se simte, de asemenea, şi responsabil. Apar iniţiative elaborate de integrare în lumea celor maturi, de structurare a unei noi identităţi. Se conturează, astfel, raporturi sociale valorizante, căutarea unui partener de viaţă, dar şi opţiunea profesională.

Interiorizarea rolurilor şi a conduitelor specifice diferitelor cicluri ale vieţii, ca şi deschiderea spre cunoaştere, reprezentarea şi înţelegerea lumii poartă încă amprenta idealismului corespunzător unei insuficiente experienţe personale de viaţă. Dar eul se maturizează prin cultivarea conştientă a abilităţilor şi aptitudinilor personale, precum şi prin conectarea satisfacţiilor la problematica şi scopurile sociale şi profesionale. În această etapă existenţială, prelungirea şcolarizării prin integrarea în viaţa universitară stimulează procesul de maturizare a personalităţii. Manifestările adolescenţei pot sugera trăsături narcisice, histrionice, evitante sau dependente, dar diferenţierea rămâne dificilă şi condiţionată de calitatea adaptabilităţii în roluri şi a relaţiilor interpersonale. Incapacitatea adolescenţilor de a se diferenţia de părinţi sau de a-şi rezolva raporturile cu congenerii poate deveni un factor vulnerabilizant major în structurarea unei personalităţi armonioase.

Din relatările părinţilor rezultă o scădere progresivă a atitudinilor repliate, tensionate, de izolare, între 4 şi 18 ani (Achenbach, 1991), ca şi nevroticismul care este scăzut între 16 şi 30 de ani, după ce la fete crescuse progresiv până la vârsta de 14 ani.

În ansamblu, formarea personalităţii umane rămâne un proces etapizat care se desfăşoară pe un fundal numit *durată* (Nireştean, 1995). Ea este condiţionată de integritatea morfofuncţională a sistemului nervos central, care permite şi dezvoltarea psihismului. Fiecare etapă reprezintă un capitol distinct al aceleiaşi istorii şi integrează un

ansamblu de atribute coerente şi structurante psihologice şi personologice. Astfel, personalitatea umană devine o unitate structurală şi funcţională diferită la vârste diferite. Într-o anumită etapă, unui anumit nivel funcţional al proceselor cognitive îi corespunde unul asemănător al celor afective, dar şi volitive şi caracteriale, care aparţin personalităţii. Astfel, în copilărie, operaţiile gândirii se realizează prin intermediul acţiunilor externe însoţite de exprimarea cu voce tare a cuvintelor. Motivaţiile acţiunilor sunt biologice, datorită nevoilor imediate şi impresiilor nemijlocite şi au un corespondent afectiv holotimic. Nu există nici un plan prestabilit, nici norme deontice: prin urmare, imaturităţii psihologice îi corespunde una caracterială. Copilul, în această etapă a dezvoltării sale, rămâne un „actor" caracterizat printr-un evident conformism intelectual şi moral, fenomen obligatoriu pe calea devenirii ca personalitate adultă. La vârste mai mari – începând cu a treia copilărie –, procesele psihice mai complexe, cum ar fi gândirea, le stimulează pe cele elementare, ca atenţia şi memoria imediată. Suportul afectiv este unul calitativ superior, raporturile emoţionale nemaifiind condiţionate doar biologic, ci şi social, cu posibilitatea apariţiei sentimentelor de colegialitate, de prietenie, de respect. În preadolescenţă şi adolescenţă, procesul ontogenezei personalităţii atinge intensitatea maximă pentru că se desfăşoară după un program al adultului. Funcţiile psihice se dezvoltă prin condiţionări sociale, iar raporturile prelungite şi complexe cu adulţii împlinesc conştiinţa de sine, structurându-se strategii adaptative existenţiale care integrează normele morale şi deontice comunitare şi profesionale.

Ontogeneza psihismului, prin structurarea progresivă a conştiinţei de sine şi a celei centrate pe persoanele din jur, permite judecăţi evaluative în raport cu sine şi cu alţii, care se consolidează treptat şi joacă un rol decisiv în conturarea unor dimensiuni ale personalităţii individuale. Prin urmare, psihismul în dezvoltare întâlneşte progresiv atribute care vor aparţine, în timp, personalităţii, privită ca un ansamblu

de dimensiuni cognitiv-afective şi volitiv-atitudinale conştientizate care asigură adaptarea armonioasă la condiţiile mediului ambiant.

Vârsta la care personalitatea este maturizată, deci vârsta încheierii personogenezei a fost şi rămâne un teritoriu al interferenţei opiniilor. După APA (1994), diagnosticul de „tulburare de personalitate" nu se poate folosi înainte de vârsta de 18 ani, exceptând TP antisocială care poate fi formulat începând cu vârsta de 15 ani, dacă există confirmarea unor tulburări de comportament cu durată de cel puţin un an de zile. Aşadar, personalitatea normală se consideră a fi matură începând cu această vârstă.

Din perspectivă psihodinamică, structurarea personalităţii are loc în copilărie până la vârsta de 3 ani (Sapir, 1934). Freud, citat de Anna Freud (1936), susţine că, după compensarea complexului oedipian la vârsta de 5 ani, sunt complet dezvoltate sinele, eul şi supraeul. Cu toate acestea, unii neopsihanalişti dizidenţi susţin că personogeneza continuă şi după vârsta menţionată (Erikson, 1950; Loevinger, 1966). Sunt de menţionat reperele psihosociale dominante ale celor opt etape, descrise de Erikson, ale vieţii umane. Acestea integrează opt variante de sentimente pozitive: speranţă, voinţă, scop, competenţă, fidelitate, dragoste, grijă faţă de ceilalţi şi înţelepciune. Lor le corespund anumite atribute ale formării identităţii, dintre care citãm: perspectiva temporală, siguranţa de sine, experimentarea şi fixarea rolului, instruirea profesională, conştiinţa de sine, polarizarea sexuală, atitudinea faţă de responsabilităţi şi faţă de valorile existenţiale. În această ordine, ele pot caracteriza perioada naşterii, cea a vârstei până la 18 luni, prima copilărie, a doua copilărie, pubertatea şi adolescenţa, vârsta adultului tânăr, a celui matur (la aproximativ 40 de ani) şi perioada vieţii din jurul vârstei de 60 de ani.

Un studiu longitudinal al lui Block (1993) pledează pentru faptul că autocontrolul şi flexibilitatea eului se structurează în paralel de la 3 ani până la 23 de ani. Vaillant (1976) susţine că mecanismele de

defensă continuă să evolueze şi după vârsta de 25 de ani. Astfel, altruismul şi sublimaţia se dublează ca intensitate între 20 şi 35 de ani. Bloom (1984) plasează maturizarea definitivă a personalităţii la vârsta de 20 de ani, corespunzător stabilizării nivelului de autocontrol, dar admite şi modificări minore ulterioare la vârsta adultă.

Maturitatea presupune sentimentul autenticităţii şi libertăţii individuale, deschiderea spre experienţă, responsabilitatea în roluri şi capacitatea de control a raportului dintre nevoile personale şi nivelul lor de împlinire. Sanford (1982) arată că, deşi capacitatea de control a impulsurilor este structurată în adolescenţă, eul este matur doar în al treilea deceniu de viaţă. Prefigurând teoria lui Neugarten (1968), acelaşi autor nu face o delimitare a etapelor personogenezei şi defineşte maturitatea corespunzător contextului social şi cultural.

Costa şi McCrae (1988), inspiraţi de James (1890), consideră personalitatea matură la aproximativ 30 de ani, la ambele sexe. Ca urmare, şi diferenţele interindividuale sunt fixate la, aproximativ, această vârstă. Stabilitatea trăsăturilor personalităţii creşte odată cu vârsta, pentru că la o vârsta tânără există o multitudine de evenimente de viaţă care însoţesc achiziţiile adaptative ale personalităţii şi care, în timp, devin strategii adaptative personale. De asemenea, cresc nivelul autopercepţiei şi autocunoaşterii, cu ignorarea evenimentelor de viaţă nesemnificative. În acelaşi timp, efectul influenţelor socioculturale scade odată cu vârsta. Astfel, copilul face achiziţii complexe, adultul coalizează stabilitatea şi flexibilitatea, iar vârstnicul participă la un management al declinului (Baltes, 1997).

Dimensiuni precum extroversiunea, farmecul, deschiderea spirituală se modifică şi tardiv, în roluri existenţiale valorizante, de succes. Nevroticismul şi chiar extroversiunea scad odată cu vârsta ; conştiinciozitatea şi farmecul, în schimb, se accentuează (Field şi Miusap, 1991).

În dinamica personalităţii, au continuitate performanţele intelectuale, modelul celor cinci factori, în primul rând extroversiunea şi stima de

sine, dar şi satisfacţiile vieţii în această ordine descrescătoare. Trăsăturile temperamentale, precum evitarea suferinţei şi dependenţa de recompensă, predominant moştenite sunt cele mai rezistente la schimbare (Tesser, 1993). Există şi reacţii de feedback din mediu care influenţează stabilitatea trăsăturilor. Aceasta e influenţată de apartenenţa la un grup social cu interese şi preocupări comune. Astfel, dacă avem un scop în viaţă, ne alegem partenerii cu aceleaşi concepţii, care ne cresc motivaţiile. În mişcarea lor de emancipare, femeile şi-au căutat soţi liberali şi au cultivat prietenii asortative. Stabilitatea trăsăturilor personalităţii este condiţionată genetic şi cognitiv, prin intermediul imaginii sinelui, dar şi prin consecinţele acţiunilor de fiecare zi, iar la acest nivel se poate face diferenţierea personalităţii normale de personalitatea patologică.

Şi în cazul personalităţilor patologice se pot descrie raporturi asemănătoare. Astfel, sociabilitatea, impulsivitatea, cunoaşterea noului şi modalităţile de manifestare a instinctului sexual sunt relativ stabile în timp, din copilărie până la vârsta adultă, în cazul TP antisocială. Pe de altă parte, copiii cu trăsături anxios-evitante părăsesc mai târziu familia parentală şi se integrează tardiv în familie şi societate. Alternează mereu două interogaţii : „În ce măsură firea umană mai poate fi influenţată prin educaţie sau terapie ? " şi „Cât de durabile pot fi aceste influenţe ? ".

Procesul de metamorfoză a personalităţii pare să ajungă la un platou în jurul vârstei de 50 de ani, dar, în acelaşi timp, natura experienţelor existenţiale este congruentă trăsăturilor personalităţii şi confirmă diferenţele interindividuale în al patrulea deceniu de viaţă. Nu în ultimul rând, o personalitate matură este şi rezultanta influenţelor culturale, a căror bogăţie şi continuitate conferă altitudine firii umane.

În acelaşi timp, întâmplarea sau succesul într-un rol al vieţii ne pot releva vulnerabilităţi structurale sau confirma dizabilităţi relaţionale. Dar aceasta este esenţa farmecului fiinţei umane, aflată într-o permanentă devenire şi regăsire de sine.

3.3. Personogeneza patologică

O stare de echilibru nu este posibilă decât prin coexistenţa contrariilor. Astfel, personalităţile normale şi cele patologice coexistă şi nu le găsim niciodată în stare pură, tocmai datorită dinamicii şi complexităţii structurale a fiinţei umane. Ele se diferenţiază totuşi pe terenul conştiinţei şi al voinţei.

Trăsăturile, deci dimensiunile personalităţii normale sunt greu de delimitat de cele ale personalităţilor patologice (Costa şi Widiger, 2001 ; Livesley *et al.*, 1993 ; Siever şi Davis, 1991). Ele diferă doar cantitativ de la nivelul normalităţii caracteriale spre cel al tulburărilor de personalitate şi cel al bolilor Axei I (Livesley, 2003 ; Paris, 2003 ; Kendel şi Jablensky, 2003). Doar la un anumit nivel de reprezentare dimensiunile structurale individuale devin maladaptative, în sensul favorizării perturbărilor psihismului şi ale comportamentului în roluri. Dificultăţile de evaluare a acestor raporturi fac astfel ca o treime dintre cei cu tulburări de personalitate diagnosticabile categorial să nu întrunească criteriile specifice nici unui tip personopatic, rămânând TP-NOS (Not Otherwise Specified) (Loranger, 1994). Astfel, dominantele structurale aparţin astăzi mai multor modele dimensionale.

Pentru structurarea dimensională a personalităţii pledează şi faptul că există indivizi care nu întrunesc criteriile tulburărilor de personalitate după clasificările categoriale, dar care au mari dificultăţi adaptative şi evidente trăsături care-i deosebesc de cei din jur. Există, pe filiera conştiinţei de sine, o mereu reconfirmată contribuţie personologică a intelectului şi a introspecţiei. Astfel, un individ preocupat de computere – cu trăsături de tip evitant –, imatur afectiv şi relaţional, în sens dimensional, nu este clasificabil categorial.

Orice trăsătură dizarmonică reprezintă – ca semnificaţie – o negare a unui atribut al firescului, deci al umanului, care înseamnă şi cunoaştere, şi afirmare de sine. Faptul că există personalităţi

normale şi tulburări de personalitate rezultă din însăşi modul de a fi al lumii, în sensul că totul are un rost, iar durata existenţei persoanei conştiente – de sine şi de lume – este limitată ; de aceea, individul aspiră mereu la altceva, la o altă realitate, nelimitată. Astfel, împlinirea destinului personal coincide cu sfârşitul fiinţării sale.

Limitele impuse de ordinea realităţii obiective pot fi acceptate, ocolite sau negate de către om, care se „răzvrăteşte" şi se structurează patologic pentru a se putea adapta sau pentru a-şi păstra identitatea. Adaptarea la rolurile vieţii este un proces activ (monitorizat de conştiinţă şi voinţă) sau unul pasiv (cum ar fi, de exemplu, adaptarea într-un rol potrivit cu aptitudinile personale). În plan subiectiv, fiinţa umană este deci permanent neliniştită, ambivalentă şi metabolizează diferit şi individualizat conflictul dintre „ceea ce este" şi „ceea ce aspiră să fie". Rezultă un deficit adaptativ conjunctural sau tranzitoriu, dar şi unul care, prin persistenţa lui, defineşte tulburarea de personalitate.

Structurarea patologică a personalităţii asociază trei repere : factori eredo-constituţionali, experienţele şi particularităţile copilăriei şi raporturile şi factorii sociali.

Factorii eredo-constituţionali pot fi descrişi pornind de le contribuţia lui Galen (*apud* Derksen, 1995), care consideră dispoziţia ca pe o rezultantă a interferenţelor dintre sânge, bila galbenă, bila neagră şi limfă. Mulţi autori au încercat să stabilească legăturile dintre atributele biologice ale fiinţei umane şi caracter, dar şi faţă de simptomele bolilor Axei I (Lofhlin, 1992 ; Saudino şi Plomin, 1997 ; Nigg şi Goldsmith, 1998).

Siever şi Davis (1991) consideră ca relevante în structura personalităţilor dimensiunile cognitivă, depresivă, anxioasă şi impulsivă, ca repere ce pot avea rol developant sau adjuvant în personogeneza patologică şi care sunt integrabile unui model psihobiologic. Această categorie de factori reprezintă o sursă de continuitate, nu de schimbare,

şi fundamentează temperamentul individual. Influenţa lor a fost stabilită prin studii pe gemeni şi copii adoptaţi. Cel mai intens studiate au fost extroversiunea şi nevroticismul din modelul celor cinci factori, reprezentate aproximativ în aceeaşi proporţie la gemeni: extroversiunea – 60%; nevroticismul – 50%. Tot studiile pe gemeni confirmă faptul că zâmbetul este condiţionat social, nu genetic. Celelalte trei dimensiuni din modelul celor cinci factori se regăsesc în proporţii de 20-40%. Studiile pe adopţii arată o influenţă mai mică a factorilor genetici (Plomin, 1997).

Asemănările dintre gemeni sunt total condiţionate genetic, iar deosebirile dintre ei sunt condiţionate sociocultural. Factorii genetici arată deci „ce este", şi nu „ce va fi", fapt ce subliniază rolul important al factorilor de mediu, care – în concepţia actuală – integrează şi perioada perinatală şi reprezintă, în ansamblu, 50% din influenţele personogenetice. După Falconer şi Mackay (1996), mediul integrează şi factorii prenatali, calităţile nutriţiei şi stările maladive materne.

Influenţele genetico-familiale, alături de cele biologice, condiţionează calităţile parentale – inclusiv capacităţile de investiţie parentală diferenţiată (Sulloway, 1998; Rowe, 1981) –, dar şi felul în care copiii şi adolescenţii îşi privesc părinţii. Se consideră că familia parentală influenţează în mult mai mare măsură comportamentul adolescenţilor decât mediul social lărgit (Pike *et al.*, 1996).

Există semnificative condiţionări genetice ale comportamentului faţă de congeneri şi al celui din mediul profesional şi social, ale atitudinii faţă de droguri şi ale reacţiilor faţă de nou şi de psihotraume. S-a confirmat şi corelaţia pozitivă dintre calitatea afecţiunii parentale şi nivelul de extroversiune a copiilor. Astfel, părinţii tind să adopte copii provenind de la mame biologice hiperactive şi impulsive, copii faţă de care însă nu se pot ataşa afectiv.

Contribuţia personogenetică propriu-zisă a eredităţii nu presupune faptul că ar exista gene care predetermină trăsături ale personalităţii, ci asocieri de gene care modulează aceste trăsături, contribuţia genelor izolate fiind de o extremă variabilitate.

Este cunoscut rolul dopaminei în patologia personalităţii şi în tulburările psihopatologice, deci şi rolul probabil al celor cinci gene corespunzătoare receptorilor dopaminergici. În 1996, s-a stabilit legătura dintre receptorul dopaminergic D-4 şi dimensiunea căutării noului. Există deci diferenţe genetice în transmisia dopaminergică (Cloninger *et al.*, 1996; Hamer şi Copeland, 1998). Căutarea noului presupune hiperexcitabilitate, impulsivitate, curiozitate, extravaganţă, nerăbdare. Aceste atribute au nivele diferite de reprezentare la vârste diferite, corespunzător contribuţiei cantitative a receptorului D-4. Dar D-4 se raportează nu doar la această dimensiune, ci şi la ADHD, la atacurile de panică, depresiile majore, sindromul Gilles de la Tourette şi la dependenţa de opioide şi nicotină. Sunt în curs de desfăşurare şi studii cu implicarea ADN-ului în personogeneză (Owen *et al.*, 1997).

Influenţele genetice asupra personogenezei sunt confirmate şi de situaţia copiilor cu o activitate crescută a receptorului D-4, care vor avea experienţe de viaţă stresante, pentru că părinţii lor, la care căutarea noului manifestă un nivel crescut, îi neglijează. Din acelaşi motiv, ei vor fi lăsaţi să facă lucruri deosebite, şocante uneori, şi îşi vor cultiva căutarea noului la un nivel crescut, deci o dimensiune din spectrul antisocialităţii. Cu toate acestea, nu există gene „bune" şi „rele", pentru că un D-4 crescut e dezavantajant în patogenia alcoolismului, dar este util în manifestarea creativităţii.

În ansamblu, genele condiţionează variabilitatea dimensională şi temperamentală, deci, indirect, şi vulnerabilitatea pentru tulburări psihopatologice (Paris, 1999). Corespunzător modelului stress-diateză (Monroe şi Simons, 1991), variabilitatea genetică influenţează răspunsurile individului la mediu, care, la rândul său, condiţionează expresivitatea genetică.

Factorii genetici influenţează atât dezvoltarea trăsăturilor personalităţii, cât şi a simptomatologiei bolilor Axei I. Astfel, rudele de gradul I ale pacienţilor cu tulburări de personalitate de cluster A au dezvoltat o patologie din spectrul schizofreniilor (Siever şi Davis, 1991). Cele ale pacienţilor cu tulburări de personalitate de cluster B au dezvoltat tulburări de factură impulsivă (Zanarini, 1993) sau afectivă (Siever şi Davis, 1991). Rudele pacienţilor cu tulburări de personalitate de cluster C sunt predispuse la tulburări din spectrul anxietăţii (Paris, 1997). Sunt cunoscuţi, de asemenea, unii *marker*-i biologici comuni tulburărilor de personalitate şi tulburărilor psihopatologice corespunzătoare Axei I. Astfel, în tulburările de personalitate de cluster A sunt descrise mişcări anormale ale globilor oculari, ca şi în schizofrenii (Siever şi Davis, 1991). La tulburările de personalitate de cluster B – TP antisocială, cu precădere –, apar anormalităţi ale cortexului prefrontal, precum scăderea masei substanţei cenuşii corelabilă cu impulsivitatea (Raine, 2000). În acelaşi context, la pacienţii cu TP antisocială şi TP de tip borderline sunt descrise deficienţe ale funcţiilor executive (O'Leary, 2000).

Experienţele şi particularităţile copilăriei au o contribuţie descrisă de toate şcolile psihopatologice în structurarea tulburărilor de personalitate. Astfel, personalitatea părinţilor şi starea lor de sănătate influenţează atenţia diferită acordată copiilor, la fel ca şi durata prezenţei părinţilor alături de copii. Disfuncţionalitatea rolului parental, cu părinţi agresivi şi instabili, favorizează apariţia unor trăsături de tip antisocial sau borderline prin comportamentul abuziv sau neglijent.

Vârsta la care copilul e dezavantajat de experienţele de viaţă negative are, la rândul ei, un rol decisiv. Cu cât vârsta copilului e mai mică, efectul acestor influenţe parentale sau de mediu cresc, prefigurându-se trăsături dizarmonice din clusterul A şi B, mai puţin C. Este alterată structura eului care coalizează imaginea de sine şi imaginea lumii.

Paris (1994) şi Zanarini (2000) descriu rolul psihotraumelor copilăriei în structurarea TP de tip borderline, alături de ataşamentul distorsionat de expunerea la evenimentele de viaţă negative (Fonagy, 1995). Sechelele personopatice apar doar la copiii cu o anumită vulnerabilitate temperamentală, datele fiind deci diferite între loturile studiate în clinică şi cele provenite din comunitate (Malinowsky şi Hansen, 1993 ; Rind şi Tromofovitch, 1997). Psihotraumele singulare pot avea un efect cumulativ în dinamica structurărilor dizarmonice ale personalităţii. Copiii internalizează şi relaţiile cu părinţii, a căror conduită o vor imita la vârsta adultă. Sunt cunoscute, de asemenea, şi trăirile şi fanteziile personale, cultivate de logosul şi ethosul colectiv, care pot denatura imaginea de sine, raporturile cu adulţii şi valorile lor existenţiale.

Raporturile şi factorii sociali. Raporturile dintre factorii socioculturali şi dezvoltarea personalităţii, respectiv dinamica ei în rolurile vieţii trebuiesc evaluate prin prisma interferenţelor etiologice. Astfel, structura personalităţii poate fi rezultanta dominantă a mediului sociocultural sau acesta primeşte atribute particulare sub influenţa trăsăturilor temperamental-caracteriale individuale, care pot fi adaptative sau maladaptative (Weiss, 1993 ; Kiesler, 1996). În condiţiile unei vulnerabilităţi biologice preexistente sau a intervenţiei unor factori sociali defavorizanţi, se creează cadrul unei personogeneze deviante, deşi, uneori, influenţele socioculturale sunt minime sau greu accesibile (Alarcon, 1998 ; Benjamin, 1999). În procesul socializării, comportamentele spontane şi naive sunt modelate de norme comunitare şi se apropie treptat de expectaţiile sau stilul congenerilor şi al adulţilor cu care se stabilesc contacte mai frecvente sau condiţiile unor mai persistente legături interpersonale (Guisinger şi Blatt, 1994).

Astfel, copiii stau tot mai puţin cu părinţii şi sunt complet dezorientaţi în privinţa profesiilor şi programului de activitate al acestora. Mamele, din acest punct de vedere, nu se mai deosebesc

de taţi. Devin tot mai rare momentele în care familia e în întregime împreună, ca şi cele ocazionate de diverse obiceiuri şi tradiţii culturale. Apar situaţii abuzive, viaţa familială se dezorganizează, mulţi copii ajung să fie crescuţi de un singur părinte sau să medieze relaţiile între doi părinţi care, prin orice mijloace, încearcă să le câştige loialitatea şi sentimentele. Are loc reducerea nucleului familiilor, care ajung să fie formate adesea dintr-un adult şi un copil, fapt ce defavorizează echilibrul afectiv şi accentuează izolarea şi marginalizarea socială.

Tânăra generaţie vine mereu în contact cu modele şi norme comportamentale extrem de diferite, care îi presează şi îi dezorientează. Nu mai sunt internalizate modelele parentale clasice, în sens profesional sau sexual, iar fluctuaţiile structurii familiei îi fac să caute satisfacţii de tipul „aici şi acum" – care par mai la îndemână decât un viitor nesigur. La 18 ani, un tânăr a petrecut deja mai mult timp la TV decât cu prietenii sau cu părinţii. Deficienţele în cunoaşterea adevăratelor valori şi norme comunitare accentuează receptivitatea faţă de modele intens idealizate de la TV, iar oferta de alcool şi droguri cultivă un fals hedonism. Nu mai există nici substituenţii părinţilor atât de ocupaţi (bunici, mătuşi, fraţi mai mari), iar dragostea a pierdut mult teren, pentru că familiile se modernizează şi se izolează în ritmurile accelerate ale cotidianului. Rolul corectiv al Bisericii a scăzut mult.

Se conturează manifestări repetate de tip borderline şi devine evidentă receptivitatea marcată faţă de modelele comportamentale deviante din jur sau faţă de cele oferite prin mass-media. Neînţelegerile părinţilor îi obligă pe copii să internalizeze în mod repetat atitudini şi emoţii contradictorii, care le adâncesc vulnerabilitatea. Pe de altă parte, mass-media oferă eşantioane şi modele existenţiale pline de contraste şi promovează un hedonism facil şi un fals gust pentru frumos.

Orele petrecute în faţa TV şi a computerului le depăşesc cu mult pe cele acordate şcolii sau celorlaţi membrii ai familiei, care, de altfel, s-au demonetizat ca modele. Ingredientele de spectacol şi de distracţie

puse la dispoziţie sunt expresia instabilităţii sociale şi a anarhiei axiologice. Devine evidentă existenţa unei „mame tehnologice", care include televiziunea, sistemele video, „Nintendo" şi walkman. Se cultivă individualismul, astfel că, din primii ani, copiii vor să sublinieze deosebirile dintre ei şi ceilalţi.

Oferta educaţională – jocuri, cultivarea aptitudinilor artistice, sportive – suprasolicită copiii, dar aduc satisfacţii eului parental. Eul real e suprasolicitat, se îndepărtează tot mai mult de cel ideal, oferit de mass-media (supraoameni), şi nu de părinţi şi tradiţii. Sunt favorizate structurări narcisice ale personalităţii cu sentimente false de omnipotenţă. Astfel, culturile „Nintendo" le depăşesc cu mult pe cele sportive sau bibliotecile.

Copiii şi tinerii problematici din societatea occidentală contemporană devin nişte rebeli fără cauză, fiind, de cele mai multe ori, incapabili să transmită un mesaj ferm şi să câştige adepţi. Aceasta pentru că marile scopuri existenţiale colective, care animau tineretul de altădată, au dispărut într-o societate dominată de armonia abundenţei şi de varietatea faţetelor oportunismului. Discrepanţele dintre nivelurile de trai ale diverselor categorii sociale fac ca tinerii din cele defavorizate să trăiască nenumărate frustrări şi să dezvolte – lipsiţi de motivaţii non-biologice şi indiferenţi la normele comunitare – comportamente de factură antisocială. Familiile disfuncţionale şi modelele de viaţă negative printre congeneri sunt factorii majori ai acestui fenomen (Robins *et al.*, 1991).

Dezvoltarea eului şi a sinelui implică, începând cu a doua copilărie, şi mediul extrafamilial. Educaţia revine şi unor persoane străine de familie. În societăţile primitive, educaţia în familie era suficientă pentru pregătirea pentru viaţa în roluri. Astăzi, în societatea modernă, complexitatea social-economică impune mijloace suplimentare, de o mare diversitate şi specificitate. La început, au prioritate achiziţiile practice şi tehnice şi sunt cultivate cu precădere aptitudini motorii şi senzoriale. Noua generaţie creşte cu TV-ul şi computerul, nu cu cei

din jur. Sunt cultivate trăsăturile de tip borderline, antisociale şi narcisice şi, de asemenea, creşte frecvenţa tulburărilor psihosomatice şi somatoforme, pentru că distorsiunile psihologice se răsfrâng asupra corpului. Odată cu vârsta, sentimentele de inferioritate şi insecuritate crescută copleşesc personalitatea în formare cu stimuli care îi provoacă mereu flexibilitatea (Pervin, 1996). Cultura este întoarsă spre exteriorul personalităţii, fiind adeseori o corabie fără pânze şi ancoră, creatoare de emoţii superficiale de tip *show*, care caută doar stimuli noi şi satisfacţii facile.

Copiii nu mai ajung să simtă acel adevăr fundamental care îi făcea să se retragă într-un loc plăcut şi protejant. Se dezvoltă treptat mecanisme adaptative centrate pe nesiguranţă şi teamă în raporturile sociale, iar individualizarea apelează cu precădere la resurse agresive care vizează mesajul imediat şi afirmarea rapidă.

În Orient, individul este educat să ţină cont de opinia şi dorinţele celorlalţi, dar şi de vechile tradiţii comunitare. Astfel, primele impresii matinale ar putea fi formulate după cum urmează: în Japonia – „Ce bine arăţi astăzi!", iar în SUA „Ce bine arăt astăzi!" (Bond, 1994).

Elemente cu rol adaptativ sau maladaptativ important sunt şi apartenenţa etnică, religioasă şi limba vorbită (Witzig, 1998; Pinderhughes, 1989; Lukoff, 1995). Mediul urban aglomerat şi cu un nivel socio-economic deficitar atrage din mediul rural indivizi cu dificultăţi adaptative. Condiţiile social-economice precare întreţin un sentiment permanent de insecuritate, favorizează comportamente manipulative, abuzive şi agresive, mistifică lumea valorilor individuale.

Statutul economic scăzut este, la rândul său, o sursă de deprivare şi respingere, care poate favoriza tendinţe de izolare şi evitare a anturajului sau comportamente abuzive, agresive. Apare astfel cadrul unor structurări dizarmonice de tip antisocial, schizoid, schizotipal, paranoid sau evitant (Paris, 1996).

Nivelul economic mediu şi ridicat corespunde unei hipersocializări anxiogene, prin cultivarea discrepanţelor dintre aspiraţii şi

împlinirea lor, precum şi prin necesitatea estompării sentimentelor de autoculpabilitate legate de risipă. La acestea se poate adăuga inabilitatea de a se conforma expectaţiilor parentale. Ca urmare, se instalează stări anxioase, depresive, de autoculpabilizare, dar şi comportamente teatrale sau arogante, care pot prefigura trăsături de cluster C, mult estompate de nişa ecologică, în societăţile orientale, şi de cluster B, cu precădere în cele occidentale (Kagan, 1994; Paris, 1997). În cazul lor se confirmă o continuitate intergeneraţională scăzută, coeziune socială scăzută, roluri sociale instabile şi sumar definite (Millon, 2000; Paris, 1996). Viaţa social-economică e dominată de pragmatism şi mai puţin de ideologii stabile.

Industrializarea rapidă, urbanizarea, nivelul ridicat de tehnologizare, mobilitatea populaţională, care include şi fenomenul imigraţiei, alături de diversitatea şi calitatea mijloacelor de informaţie şi de comunicare au determinat erodarea vechilor tradiţii şi norme comunitare.

Relaţiile interpersonale de factură individualistă scad interesul pentru trecut, pentru tradiţional şi afectează eul ale cărui rădăcini lipsesc. Motivaţiile relaţionale sunt de factură narcisică. Astfel, partenerii sunt aleşi pentru că satisfac nevoile personale şi conferă un sentiment de siguranţă. Relaţia cu partenerul condiţionează stima de sine şi conflictul dintre eul real şi cel ideal pe care îl potenţează, declanşând agresivitatea între parteneri. Astfel, bărbaţilor care îşi aleg soţii mult mai tinere le creşte stima de sine şi trăiesc emoţii superficiale care influenţează creşterea şi maturizarea copiilor al căror eu suferă ulterior în planul imaginii de sine şi al independenţei.

Standardele contradictorii existenţiale întreţin anarhia valorilor şi accentuează diferenţele dintre diversele categorii sociale. Raporturile interpersonale se degradează şi devin dominante variantele lor maladaptative, alături de false modele de reuşită în viaţă (Nireştean, 2006).

Sunt importante doar autoconservarea, autovalorizarea, performanţa şi câştigul. Se trăieşte doar în prezent, evitându-se sau igno-

rându-se experienţele dezavantajante. Viitorul e important doar pentru a economisi şi a putea cumpăra. „Cumpăr, deci exist!" reprezintă sloganul individualist al eului gol.

Are loc o redimensionare a personalităţii la un nivel inferior, corespunzător vârstei copilăriei (5-12 ani), cu relaţii interpersonale superficiale, de scurtă durată – *out of sight, out of mind* – reacţii impulsive, optimism inconstant motivat, apelare interpersonală pe numele mic. Se mănâncă tot mai mult la McDonald's sau Kentucky Fried Chicken şi lumea se distrează necondiţionat în Disneyland. Adeseori, strategiile cognitiv-comportamentale sunt dominate de manifestări afective şi instinctuale. Valorile personalităţii, ale *ego*-ului rămân ataşate acestui sector şi se îndepărtează de conştientizarea unui ideal spiritual (Shweder, 1991).

Super-ego-ul individual pierde mult teren în favoarea unui *super-ego* comunitar, foarte sever, cu norme şi legi stricte. Ca urmare, scade şi mai mult responsabilitatea individuală. Rolul diminuat al *super-ego*-ului individual influenţează caracteristicile personale la adult. Aceşti adulţi imaturi aşteaptă, la rândul lor, „părinţii comunitari" acea autoritate anonimă care coalizează ştiinţa, tehnica, religia şi bunul-simţ comunitar.

Cultura occidentală nu a reuşit să producă una sau mai multe ideologii care să corespundă creşterii economice şi hiperindividualismului. Normele tradiţionale ale liberalismului, confesionalismului şi socialismului au dispărut aproape total. Individualitatea se reduce la egoism, iar identitatea la narcisism. Dezordinea ideologică a determinat apariţia de cluburi, fundaţii, asociaţii care să dezvolte sentimentul de apartenenţă şi securitate al individului (McCrae şi Costa, 1997).

Un asemenea cadru social nu este creator de personalităţi patologice, dar este sursa constantă de modele de conduită deviantă, care amprentează negativ raportarea personalităţilor în formare la principalele valori existenţiale.

Există un consens asupra faptului că tulburările de personalitate pot fi înţelese prin prisma relaţiilor interpersonale şi a raporturilor sociale care declanşează şi întreţin particularităţi cognitive, afective şi comportamentale maladaptative. Caracterul lor neconştientizat, parţial conştientizat şi rigid provoacă reacţii de feedback din mediu, care întreţin atributele structurale dizarmonice. Astfel, trăsăturile de serie evitantă se autoîntreţin, deoarece sugerează anturajului rejecţie sau indiferenţă. Trăsăturile de tip borderline primesc din mediu mesaje ambigue, lipsite de rigoare şi de profunzime. Aceasta în pofida faptului că reacţiile comunităţii sociale ar trebui să fie compensatorii, restructuratorii şi empatice, iar instituţiile sociale ar trebui să stimuleze şi să stabilizeze prin cultură supraeul individual. Diagnosticul de tulburare de personalitate trebuie să includă şi variantele subculturale, pentru că particularităţile diferitelor culturi pot facilita, masca sau estompa trăsăturile patologice ale individului. Ele pot oferi – prin studii epidemiologice elaborate – o varietate de factori de risc, care pot fi abordaţi din perioada personogenezei precoce, prin intermediul familiei, a membrilor reţelei primare de suport şi a reţelei de psihiatrie comunitară.

Capitolul 4

Tulburările de personalitate. Date istorice

Istoria lumii – altfel spus, acea înşiruire de descrieri mediate temporal a biografiilor individuale şi a evenimentelor comunitare marcante – a reliefat mereu intoleranţa faţă de persoanele cu tulburări psihice şi comportamentale, corespunzător ignorării cunoaşterii sau recunoaşterii lor. Adeseori manifestările psihopatologice se raportează direct sau indirect la dimensiunile temperamentale şi caracteriale, mai mult sau mai puţin intens exprimate şi conştientizate. Ele sunt mai rezistente la tratament în cazul prezenţei unor structuri dizarmonice ale personalităţii sau îşi modifică expresivitatea clinică. Astfel, personalităţile cu trăsături accentuate sau dizarmonice – deşi privite cu rezervă şi adeseori marginalizate social – pot reprezenta extrapolări ale momentului istoric în natura fiinţei umane.

La rândul ei, ontogeneza persoanei umane scoate în evidenţă diferenţele interindividuale – de la cele dominant biologice până la cele morale şi axiologice –, care sunt într-o măsură semnificativă condiţionate social-istoric.

Nu în ultimă instanţă, personalităţile patologice coalizează atribute definitorii comune, prezente, de altfel, şi la personalităţile armonios structurate. Astfel, ele sunt simultan un ansamblu de însuşiri care afişează, într-o măsură mai mare sau mai mică, masca aparenţelor, sunt implicate în diverse tipuri de relaţii şi roluri existenţiale şi sunt,

mai mult sau mai puţin, eficiente şi performante în acestea. Toate aceste atribute poartă amprenta reperelor socioculturale şi istorice.

Dacă istoria omenirii consemnează şi descrie, încă din Antichitate, diverse variante de tulburări psihopatologice, acestea, la rândul lor, integrează sau fac trimiteri la atributele firii umane şi la structurările sale dizarmonice, exteriorizate prin tulburări de comportament şi adaptare. Cunoaşterea lor devine o condiţie fundamentală a perceperii şi înţelegerii evenimentelor istorice, a căror dinamică sau alternanţă a fost şi este mereu mediată personologic.

Diversele episoade şi boli psihice – mai mult sau mai puţin înţelese sau tolerate – au impresionat dintotdeauna omenirea. La fel s-a întâmplat şi cu manifestările comportamentale patologice independente sau racordabile structurii personalităţii. Bineînţeles că plasarea şi descrierea lor în ordine cronologică este imposibilă, din cauza atributelor lor dominante şi a absenţei unor metodologii descriptive transculturale.

Primele abordări recunoscute ca atare ale domeniului personopatiilor pot fi legate de perioada apariţiei scrisului ca modalitate de exprimare şi comunicare (Perry şi Vaillant, 1985). Se consideră că Hipocrate a fost cel care a postulat existenţa a patru mari umori ale corpului uman (bila galbenă, respectiv neagră, limfa şi sângele), care au fost corelate cu cele patru elemente constituente ale lumii şi cu cele patru anotimpuri: focul/vara, pământul/toamna, apa/iarna şi aerul/primăvara. Prezenţa lor în exces determină dezvoltarea a patru tipuri temperamentale corespondente: coleric, melancolic, flegmatic şi sangvinic. Umorile descrise conferă temperamentului – deci şi personalităţii – atributele unei structuri dimensionale. Aceasta pentru că firea umană integrează mai multe subvariante, cărora le sunt caracteristice nivele diferite de reprezentare a substanţelor respective. Nu există deci tipuri pure, ci doar intermediare. Pe acest teren, s-au dezvoltat ulterior complexele raporturi şi intercondiţionări dintre trăsăturile şi tipurile personologice, dintr-o perspectivă dimensională,

dar şi categorială în psihologie şi psihopatologie. Termenul *tip*, derivat din *typus* (Abbagnano, 1961, *apud* Berrios, 1996), însemna iniţial „semn" sau „impresie", fiind definit de Platon ca un model sau o asociere de trăsături. Galennces a introdus cuvântul în limbajul medical, iar Huarte şi La Bruyere (*apud* Berrios, 1996), îl folosesc pentru a desemna atributele comportamentale individuale ce pot fi diferenţiate şi recunoscute social.

Teofrast, elev al lui Aristotel (Adlington, 1925), este primul autor care face, în secolul al IV-lea î.Ch., o descriere sistematică a 30 de tipuri personologice într-o manieră diferită decât a altor descrieri ale anormalităţii tipologice. Sunt surprinse cu fineţe manifestările comportamentale deviante, relevându-se caracterul lor imoral, precum şi trăirile afective şi atributele relaţional-adaptative corespondente. Tablourile caracteriale prezentate, deşi asociază trăsături şi simptome psihopatologice, au o deosebită acurateţe şi prin reliefarea rolului adaptativ sau maladaptativ al unor repere în funcţie de context. Astfel, flecarul, înfumuratul, grosolanul, zgârcitul, brutalul, neîncrezătorul sunt printre cele mai bine conturate. De fiecare dată este evidentă raportarea la dinamica şi valorile sociale, depăşindu-se astfel cadrul strict medical.

Descrierea firii umane nu a fost doar apanajul medicilor şi filosofilor din bazinul Mării Mediterane. Astfel, au rămas descrise, în acelaşi context, atributele definitorii şi, simultan, delimitante ale întârzierilor mintale, bolilor psihice şi personalităţilor cu trăsături patologice din cultura celtă (Robins, 1986).

De asemenea, pe teritoriul Pakistanului de astăzi, medicul indian Karaka a descris, în secolul al II-lea î.Ch., în mod detaliat, 16 tipuri personologice, dintre care nouă pot fi încadrate în patologia modernă a personalităţii (Rao, 1975).

Raymundus Lullus (1232-1315) filosof, poet şi alchimist catalan, supranumit „Iluminatul", în *Doctrine d'enfant*, face remarci pertinente asupra formării caracterului.

În Evul Mediu, patologia mentală era explicată prin teoria demoniacă a bolilor, iar teologii supraevaluau subversiunea diavolului.

Jerôme Cardan (1501-1576), medic şi matematician, a avut o viaţă furtunoasă, unul dintre fiii săi fiind executat ca asasin. El a descris *imoralitatea* ca o boală cu două forme a spiritului : *vercorders* (sau *perverşii necinstiţi*) şi *perfides*, care sunt necinstiţi nu prin natura lor, ci prin accidente existenţiale – pasiuni, nenorociri, sărăcie.

Thomas Sydenham, medic englez cu studii la Oxford şi Montpellier (1624-1689), a făcut cercetări asupra isteriei, isteria bărbatului identificând-o cu *hipocondria*. Discutând simptomele isterice care imită paralizii, afecţiuni abdominale etc., autorul recunoaşte câteva trăsături de personalitate ale acestor pacienţi, precum capriciozitatea, instabilitatea şi tendinţa către manifestări pasionale.

După Franz Joseph Gall (1750-1828) şi colaboratorul său Johann Spurzheim (1776-1832) activitatea mărită a unei funcţii caracteristice oricărei activităţi fizice sau mentale determină o hipertrofie a zonei corespunzătoare din creier, care împinge oasele craniului provocând o „bosă", o „umflătură" la nivelul acelei părţi din craniu. Astfel, există o „bosă" pentru „literatură", una pentru „comerţ", lipsa exercitării funcţiei sau diminuarea ei determinând „înfundarea", turtirea craniului în locul corespunzător din creier. Această pseudoştiinţă s-a numit „frenologie", iar metoda utilizată, „cranioscopie" (din grecescul *phren* = „inteligenţă", *logos* = „ştiinţă"). Concomitent cu evidenţierea inteligenţei şi aptitudinilor necesare unei meserii, frenologia pretindea că poate descifra prin cranioscopie şi caracterele umane.

Frenologia a stat la originea tezelor lui Cesare Lombroso (1835-1900), medic şi criminolog italian, refritoare la criminalul înnăscut. În această situaţie, după Lombroso, criminalul nu mai era atât de vinovat pe cât era de bolnav încă de la naştere. Aceasta pentru că în comportamentul său erau evidenţiabile de timpuriu labilitatea afectivă, manifestările impulsive şi absenţa empatiei. La

acestea, Gouster (*apud* Millon *et al.*, 1998) adaugă conduitele manipulative dominatoare în relaţiile interpersonale şi tendinţa de a obţine satisfacţii şi plăceri imediate în mod necondiţionat.

În aceeaşi filosofie a predeterminării caracterului se situează şi Johann Caspar Lavater (1741-1801), filosof, poet şi teolog protestant elveţian, care a dezvoltat *fiziognomonia* – o orientare cu pretenţii de ştiinţă, care susţine că poate aprecia caracterul omului după fizionomia sa.

Treptat, s-au conturat şi au fost descrise diferite entităţi nosologice psihiatrice însoţite de tulburări de comportament, mai mult sau mai puţin manifeste. Atunci când suferinţele provocate anturajului primeau atributele agresivităţii şi criminalităţii, cazurile erau abordate medico-legal (Walker, 1968).

Printre primele instanţe care au diferenţiat comportamentul criminal secundar psihozelor de cel corespunzător unor structurări patologice ale personalităţii se situează cele din Marea Britanie (Porter, 1987). Generozitatea juriilor care acceptau invocarea nebuniei în cazul unor acte criminale în vederea evitării sau comutării pedepsei a fost întreruptă în 1760. Invocând antecedentele familiale psihotice, dar şi opinia medicului curant, lordul Ferrer – autor al unei crime în care victima a fost un administrator – a pledat nevinovat în faţa Camerei Lorzilor. Motivul principal era incapacitatea de a discerne între actele morale şi cele imorale. De această dată, juriul nu a mai acceptat comportamentul imoral ca o formă sau o variantă a nebuniei, iar criminalul a fost condamnat la spânzurătoare (Walker, 1968).

La sfârşitul secolului al XVIII-lea, sentimentul libertăţii şi al drepturilor individuale era în plină afirmare. Francezul Philip Pinel, psihiatru la Bicętre, a rămas în istorie ca eliberator al condamnaţilor cu tulburări psihice, care erau ţinuţi în condiţii de temniţă. El a observat cu deosebită atenţie cazuistica şi particularităţile faptelor incriminatorii şi a descris „mania fără delir" ca entitate integratoare a comportamentului imoral şi criminal în absenţa unor fenomene

psihotice cunoscute, precum halucinaţiile sau ideile delirante. Începând cu Pinel, s-a instaurat convingerea că omul poate fi anormal (maniac), fără a fi nebun, cu delir (Pinel, 1962).

În aceeaşi perioadă, iniţiative morale asemănătoare au avut Chiaruggi, în Italia, şi Tuke, în Anglia.

Se conturau, la începutul secolului al XIX-lea, în întreaga lume, tot mai multe argumente care pledau pentru diferenţierea dintre tulburările de personalitate şi cele psihotice. Ambele fuseseră până atunci invocate în vederea exonerării de răspundere a autorilor diferitelor acte antisociale.

Între 1824 şi 1827, medicul danez Carl Otto, cunoscător al condiţiilor de detenţie din închisori şi adept al frenologiei, a propus utilizarea examinărilor de factură frenologică pentru diagnosticarea bolnavilor mintali ce urmau să fie supuşi unor expertize judiciare. Tot de inspiraţie frenologică este şi o surprinzător de modernă descriere a caracterului psihopatic. Acesta este dominat de incapacitatea de a-şi controla pulsiunile, alături de hedonism, şi apelează constant la viclenie şi ipocrizie pentru a-şi atinge scopurile egoiste, ignorând aşteptările celor din jur pe care îi consideră în mod necondiţionat victime (Otto, *apud* Millon *et al.*, 1998).

Medicul englez James Prichard, depăşind neutralitatea morală a lui Pinel, a adoptat o atitudine transparentă, potrivit căreia caracteriopatiile reprezintă defecte structurale condamnabile în orice context de către societate. Pacienţii vizaţi, defectivi moral (*moral insanity*), au fost descrişi ca fiind lipsiţi de simţul dreptăţii, de bunătate şi înţelegere empatică şi de responsabilitate. Lor le este proprie pervertirea vieţii afective, a impulsurilor şi a atributelor morale, în absenţa deficitului intelectual sau a vreunei boli psihice (Prichard, *apud* Millon *et al.*, 1998).

Conceptul de *moral insanity* a fost mereu confirmat după 1930 ca diagnostic psihiatric şi reprezintă nucleul psihopatiei din nosografiile actuale.

Tot la începutul secolului al XIX-lea, în America, Benjamin Rush descria indivizii structural iresponsabili, dar, în acelaşi timp, lucizi, al căror comportament era constant direcţionat pentru a-i afecta pe cei din jur (Rush, 1962).

La mijlocul secolului al XIX-lea, francezul Morel (*apud* Millon *et al.*, 1998) elaborează o clasificare ierarhică a maladiilor psihice, pe şase nivele. Primul nivel corespunde personalităţilor cu trăsături accentuate care se pot decompensa sub influenţa factorilor de mediu, fără a ajunge însă la manifestări psihotice. Cel de-al doilea nivel include personalităţile patologice ale căror atribute dominante - moştenite ereditar - pot favoriza tulburări de comportament de o imoralitate extremă. De remarcat că nivelul al şaselea aparţine demenţelor, indiferent de etiologia lor. Morel este considerat părintele teoriei degenerescenţei, care s-a constituit într-o sursă majoră de inspiraţie pentru teoriile etiopatogenetice ulterioare în personologie. „Nebunia degeneraţilor", descrisă de autor, reprezintă o variantă primară a personalităţilor psihopatice.

În aceeaşi perioadă, Briquet (*apud* Millon *et al.*, 1998) descrie un tablou clinic foarte asemănător tulburării de personalitate histrionice, deşi îl raportează etiologic la o disfuncţie a sistemului nervos. În 1868, Maudsley relevă caracterul cvasipatognomonic al sugestibilităţii, superficialităţii şi suprasemnificării conţinuturilor cognitive şi afective în cazul personalităţilor patologice. Abordând conceptul de *moral insanity*, care are ca substrat o degenerescenţă neuronală, el consideră indivizii respectivi ca fiind incapabili să-şi însuşească şi să utilizeze valorile morale, dar abili în a-şi ascunde viciul structural în funcţie de context. Stigmatizaţi antropologic, psihopaţii afişează şi manifestări clinice episodice afective şi instinctuale, care însă sunt net dominate de comportamentul antisocial. În nici una dintre variante ei nu pot fi derogaţi de responsabilităţi. Contactul cu legea este plauzibil mai ales când aparţin unor pături social-economice sărace sau dezavantajate.

Tulburările de personalitate tind treptat să fie privite - în sensul lui Morel - ca expresii ale unor procese degenerative ale sistemului nervos de natură constituţional-ereditară. Aceasta corespunde şi conceptului de *inferioritate psihopatică* introdus de Koch (1891), care părea că îl va înlocui pe cel de *moral insanity*. Koch integrează *inferiorităţii psihopatice* o gamă largă de condiţii maladive psihiatrice, doar într-o mică măsură termenul fiind raportabil la personalităţile patologice de tip antisocial şi borderline. În acelaşi cadru se situează şi caracterele „inferioare", selectate dintre delicvenţi şi descrise de Babinski şi Ceciott, citaţi de Gorgos (1989). Oricum, atributul de *inferioritate* relevă abaterea de la normă şi păstrează legătura cu defectul moral descris de Pritchard.

Între 1867 şi 1882 Kraft-Ebing descrie o structură psihologică dominată de cruzime şi introduce în vocabularul medical termenii de *sadism* şi *masochism* (Kraft-Ebing, 1935; 1937). În concepţia autorului, comportamentele impulsiv-agresive, care sunt total dezangajate moral şi vizează devalorizarea şi umilirea partenerilor, sunt expresia pulsiunilor sexuale deviante şi apanajul - cu precădere - al sexului masculin. Severitatea manifestărilor este în directă concordanţă cu prezenţa unor trăsături de serie psihopatică.

Schrenck-Notzing (*apud* Millon *et al.*, 1998) comentează termenul de *sado-masochism* şi îi integrează *algolagnia* sau plăcerea provocată de durere. Descrierea ei a fost completată şi nuanţată, în 1898, de către Ellis (1939), devenind cu adevărat populară. Sadismul şi masochismul sunt descrise nu ca fiind autogonice, ci integrabile unui continuum care poate deveni un mesaj al dragostei.

La sfârşitul secolului al XIX-lea şi începutului secolului XX, Kraepelin (1905) reliefează caracterul congenital al constituţiei psihopatice şi dezvoltă conceptul de *inferioritate psihopatică* introdus de Koch. Acesta devine generic pentru toate structurile dizarmonice ale personalităţii, inclusiv pentru variantele paranoică, antisocială şi hipocondriacă, comentate de acelaşi autor. Între 1904 şi 1915,

psihiatrul şi nosologul german descrie patru structuri personopatice dominate de minciuna patologică şi escrocherie, comportament criminal impulsiv sau elaborat şi vagabondaj. Ele se regăsesc şi astăzi în portretele psihologice ale personalităţilor antisociale. Acelaşi autor subliniază deficitul afectiv şi volitiv al personalităţilor patologice, precocitatea tulburărilor de comportament şi relativa lor stabilitate pe parcursul vieţii.

În Danemarca, Pontoppidan (1895) a fost preocupat de detaliile antropometrice ale indivizilor cu comportament antisocial manifest şi a subliniat, pe de altă parte, rolul precipitant al evenimentelor vieţii sociale (Lange, 1904). Gyldendal descrie, la rândul său, substratul degenerativ al structurărilor dizarmonice ale personalităţii şi lipsa capacităţilor reflexive, de conştientizare a limitelor personale. Reliefând prognosticul nefavorabil al comportamentelor dizarmonice, autorul are meritul de a fi menţionat că nu în toate cazurile acestea contravin normelor şi legilor comunitare.

Evenimentele traumatizante din anii primului război mondial au favorizat cunoaşterea şi înţelegerea psihiatrică, îndeosebi a manifestărilor psihocomportamentale corelabile diversităţii structurilor personologice şi a condiţiilor lor de comorbiditate. S-au conturat primele descrieri ale tulburării de stres posttraumatic, raportate la vulnerabilitatea conferită de structurările dizarmonice ale personalităţii şi de evenimentele de viaţă (Smith, 1916).

În aceeaşi perioadă, Kretschmer (1922) şi Schneider (1928) elaborează primele clasificări ale tulburărilor de personalitate, apelând la metoda descriptivă a cazuisticii. Schneider a integrat toate personalităţile patologice termenului de *psihopat* şi a lansat o definiţie a acestuia, care a fost mereu revalidată de personologi şi de realitatea clinică: „Personalităţile psihopatice sunt acele personalităţi anormal structurate, care, corespunzător dizarmoniei lor structurale, suferă şi reprezintă o sursă de suferinţă şi pentru societate".

Cele 10 subtipuri de personalităţi patologice studiate de psihiatrul german rămân modele de profunzime şi acurateţe descriptivă: psihopatul hipertim, depresiv, nesigur de sine, fanatic, cu stimă de sine scăzută, instabil, exploziv, răutăcios, apatic şi astenic. Autorul le consideră nu entităţi diagnostice, ci „moduri de a fi", deci variante developmentale ale firii umane. Contribuţia lui Schneider se extinde şi asupra comportamentelor agresiv-criminale, care nu întotdeauna pot fi asociate impulsivităţii şi explozivităţii, ci pot fi şi apanajul altor structuri personopate. În ansamblul lor, acestea ignoră cognitiv şi emoţional normele morale, deşi le cunosc şi le pot înţelege. Inspirat de Schneider, Kahn (*apud* Berrios, 1998) defineşte personalităţile psihopatice ca insuficiente cantitativ în planul impulsurilor, al temperamentului şi caracterului. În aceiaşi ani, Kretschmer a descris raporturile dintre biotipurile picnic şi astenic, respectiv dintre boala bipolară şi schizofrenie. El este autorul unei punţi de legătură între normalitate şi psihoză prin secvenţa persoană normală – patologie – psihoză: schizotim – schizoid – schizofrenie; ciclotim – cicloid – psihoză maniaco-depresivă. De asemenea, a descris caracterul ca pe o structură ce coalizează reacţiile afective şi volitive individuale. Cunoaşterea lor – în condiţionare reciprocă şi interdependenţă cu variabilele sangvine – ar putea oferi repere predictive pentru tulburările psihopatologice. Jaspers (1896) a adus o contribuţie decisivă la diferenţierea dintre personalităţile normale şi cele patologice. Ultimele includeau şi tulburări de adaptare, dar şi sindroame de serie nevrotică, fiind subîmpărţite în două categorii. Prima integrează personalităţi cu trăsături patologice ce reprezintă variantele extreme ale atributelor personalităţii normale, iar cea de-a doua cuprinde acele structuri personopatice care se dezvoltă progresiv, dar dizarmonic sub influenţa unor elemente biografice şocante, a unor factori organo-lezionali cerebrali. Deschiderea concepţiei jaspersiene apare ca evidentă.

În aceiaşi ani, şcoala psihiatrică americană a readus în prim-plan studiul tulburărilor de personalitate, încercând, la rândul ei, sistematizări

şi rezolvări de controverse nosografice. Partridge (1930) a clasificat tulburările de personalitate în trei categorii. Prima include structuri individuale nesigure, depresive, astenice şi cu evident deficit volitiv, fiind dominată de bizar ca atribut generic. Celei de-a doua îi aparţin personalităţile egocentrice cu trăsături paranoice, explozive, iritabile. În cea de-a treia grupă sunt incluse – după criterii morale – personalităţile caracterizate prin comportament criminal – mincinoşi, escroci, vagabonzi şi perverşi sexual. Şi datorită acestei viziuni, autorii implicaţi în studiul tulburărilor de personalitate s-au împărţit în două tabere: cei care încercau o cât mai netă delimitare a domeniului şi cei cu o viziune mai extinsă, ce apelau şi la alte repere, cum ar fi cele organice, psihodinamice sau sociomorale.

Astfel, pornind de la opinia majorităţii psihiatrilor din ţările anglo-saxone, Henderson (1939) descrie psihopatia ca pe un echivalent al personalităţilor antisociale, pe care le subîmparte în: predominant agresive, pasive şi creative. În cea de-a treia categorie este plasat Lawrence al Arabiei, care era capabil să citească în întregime ziarul *London Times* de la vârsta de 5 ani. În acest caz, compartimentul psihopatic era considerat expresia imaturităţii afective, condiţionată organic. Astfel, studiile electroencefalografice făcute pe loturi de psihopaţi cu grave manifestări antisociale au arătat, în cazul a 65% dintre ei, unde lente theta în zonele temporale, unde specifice copiilor, şi nu vârstei adulte. Personalităţile psihopatice descrise de Henderson reprezintă terenul pe care pot apărea şi evolua tulburările nevrotice şi psihozele.

Freud (1925), părintele psihanalizei, consideră acţiunile antisociale ca pe nişte modalităţi de recâştigare a echilibrului psihic şi a stimei de sine, corespunzător atributului lor generic de *interzis*.

Aichorn (1925) abordează şi fundalul biografic al delincvenţilor şi reliefează legătura dintre caracterul indulgent sau dominator al educaţiei şi insuficienţa *super-ego*-ului care explică impulsivitatea şi dorinţa de a obţine succese şi gratificaţii rapide. Abraham (1927)

este de acord cu autorul precedent atunci când descrie condiţiile favorizante ale structurării personalităţilor patologice narcisice, respectiv antisociale. Prima este rezultatul supraestimărilor şi răsfăţului din copilărie care induc o nevoie de dragoste ce nu poate fi niciodată satisfăcută. Cea de-a doua are ca repere predictive lipsa de căldură sufletească şi insuficienţa dragostei materne, care generează ostilitate şi reacţii disforice. În acelaşi context, Reich (1925) descrie „caracterul impulsiv" al cărui *super-ego* este deficitar în controlul nevoilor biologice şi al raporturilor comportamentale spontane, neelaborate.

Această structură personologică contrastează cu cea descrisă de Alexander (1930). Aceasta, deşi are condiţionări etiologice şi repere patogenetice comune cu nevrozele, este perceput ca *ego-sinton*. Faptul îl face, în opinia lui Reich, rezistent la intervenţiile psihoterapeutice. În aceeaşi măsură, el este şi o sursă mereu reconfirmată de dependenţă şi insecuritate în relaţiile interpersonale (Horney, 1939; Fromm, 1942). Ca urmare, caracterul nevrotic devine – în opinia autorului amintit – un element predictiv pentru personalitatea psihopatică, în cazul căreia ostilitatea nu este un atribut al vieţii interioare, ci este orientată spre lumea din jur. De altfel, Alexander (1935) a elaborat şi o ierarhie a entităţilor maladive, care include în ordinea crescândă a gravităţii: nevrozele, caracterul nevrotic, psihozele şi criminalitatea propriu-zisă. În ultima sa lucrare, *The Moods of Crime* (1935), este reliefat faptul că manifestările antisociale sunt o rezultantă a interferenţelor dintre predispoziţiile constituţionale, procesele intrapsihice, respectiv evenimentele şi raporturile sociale. În acelaşi context, structurarea personalităţii psihopatice este considerată ca tributară dominanţei principiului plăcerii (după Friedlander, 1945) sau principiului puterii, al succesului, al omnipotenţei (conform lui Eissler, 1949). Acestea favorizează developarea, la vârsta tinereţii, a neîncrederii şi egosimului, a superficialităţii şi invidiei, a tendinţei de a trăi emoţii intense şi de a obţine câştiguri facile (Fromm, 1942; Horney, 1939).

Psihologia eului va continua să influenţeze descrierea şi sistematizarea tulburărilor de personalitate, îndeosebi pe terenul conduitelor iraţionale şi imprevizibile. Personalităţile narcisice, de tip borderline şi pasiv-agresive sunt printre cele care beneficiază în cea mai mare măsură de această perspectivă.

Diversitatea contribuţiilor personologice de factură organică şi psihodinamică este îmbogăţită însă de apelul tot mai evident la reperele morale şi deontice. Astfel, în perioada celui de-al doilea război mondial, Curran şi Mallinson (1944) constată că nu există încă un consens în lumea psihiatrică asupra unui segment important de populaţie cu trăsături şi comportamente neobişnuite şi care nu suferă de nici una din bolile psihice cunoscute şi diagnosticate până atunci. Ei concluzionează că *personalitatea psihopatică* s-a consacrat ca termen utilizat pentru a evita o judecată morală sau se substituie unei entităţi maladive de etiologie incertă. Termenul a fost rapid adoptat de justiţie, iar termenului generic de *tulburări psihopatice* i s-a adăugat o conotaţie subiectivă. Astfel Legea Sănătăţii Mintale, adoptată în 1959 în Marea Britanie, foloseşte formula pentru a justifica internările nevoluntare.

Pacienţii cu personalităţi psihopatice sunt dominaţi de un comportament adeseori agresiv şi/sau iresponsabil, care invocă întotdeauna intervenţia terapeutică. Această descriere sugerează totuşi faptul că orice bolnav psihic agresiv sau lipsit de discernământ poate fi integrat psihopatiilor. Situaţia descrisă a deschis calea diversificării strategiilor terapeutice în cadrul cărora au început să aibă o pondere tot mai semnificativă psihoterapiile, dar şi metodele de îngrijire şi reabilitare psihosocială.

În SUA, Cleckley (1941), McCord şi McCord (1964) au contribuit, la rândul lor, la aprofundarea problematicii psihopatiilor, pe care le-au alăturat – în sens nosografic – depresiilor şi schizofreniilor. Cleckley a introdus ca şi echivalent al psihopatiei conceptul de *demenţă semantică*, care desemnează discordanţa dintre gândire şi

comportament. Acelaşi autor descrie trăsăturile fundamentale ale personalităţii psihopatice : incapacitatea de a se ataşa, impulsivitatea, tendinţa de a învinovăţi pe alţii, afectivitatea superficială, farmecul aparent şi incapacitatea de a învăţa din experienţă. De asemenea, este subliniat faptul că psihopaţii nu se găsesc doar în închisori, ci şi în cele mai respectabile posturi şi instituţii sociale. Adeseori, trăsăturile antisociale pot fi mascate de succesul în rolurile profesionale sau de poziţiile în ierarhiile comunitare.

Stürup (1968) elaborează, la Herstedvester – în Danemarca –, strategii terapeutice adresate personalităţilor psihopatice bazate pe cultivarea stimei de sine şi a responsabilităţii diferitelor acţiuni. El apelează la psihoterapii de grup, dar şi la intervenţii de tip comunitar, care asociază şi persoane sau instituţii laice.

În 1972, Bursten descrie personalităţile psihopatice ca fiind dispreţuitoare şi manipulative în relaţiile interpersonale. Fromm (1973) studiază comportamentul sadic non-sexual şi ataşează atributelor psihopatice dorinţa de a controla total viaţa celor din jur şi abilitatea de a le provoca dureri „psihice" mai intense şi mai traumatizante decât cele fizice.

O contribuţie calitativă aparte în descrierile personalităţilor psihopatice o aduce Shapiro (1965), care analizează o serie de dimensiuni cognitive, precum spontaneitatea şi deficitul elaborărilor, corespunzător cărora primul răspuns la un stimul nu este supus proceselor integrative, identificându-se cu răspunsul final. În acelaşi context, Millon (1989) descrie personalitatea antisocială ca activ-independentă, acceptând preferinţa pentru soluţii rapide şi pentru situaţii riscante. Kernberg (1983) face o ierarhizare a personalităţilor patologice în ansamblu, în funcţie de gravitate, pentru aprecierea căreia un criteriu major este responsivitatea terapeutică. Din acest punct de vedere, personalitatea antisocială ocupă o poziţie avansată. Ei i se asociază şi narcisicul „malign", care, pe lângă atributele narcisice, integrează şi imoralitatea antisocialului, o agresivitate direcţionată spre cei din

jur şi spre sine – care poate culmina în acte automutilante sau suicid, ca expresie a anarhiei axiologice şi morale –, precum şi trăsături paranoice accentuate. În acelaşi cadru, Beck şi Freeman (1990) descriu stilul dominator-manipulativ şi egosintonia personalităţilor patologice care aplică necondiţionat în viaţă propriile convingeri. Mijloacele folosite pot diferi în funcţie de contextul social şi de nivelul intelectual şi educaţional (Benjamin, 1974).

Benjamin (1993) analizează atributele antisocialităţii, reliefând nevoia de independenţă, autoritarismul şi detaşarea emoţională din raporturile interpersonale.

Continuând contribuţia lui Cleckley, Hare (1986) elaborează „Psychopathic Checklist" (PCL) şi forma revizuită (PCL-R), un interviu structurat elaborat pentru personalităţile psihopatice. Deşi are o valoare predictivă deosebită şi este larg utilizat în psihiatria judiciară, scorurile sale înalte confirmă simultan periculozitatea pacienţilor respectivi şi potenţialul recidivant.

Dezvoltarea conceptului de *personalitate patologică* a parcurs, în a doua jumătate a secolului XX, o etapă a ambiguităţilor terminologice, corespunzătoare noţiunilor de *temperament*, *caracter* şi *personalitate*. Acestea au fost utilizate în mod substitutiv, dar primele două au rămas reperele structurale dominante ale personalităţii.

Trăsăturile temperamentale sunt considerate ca fiind cu precădere moştenite, deci genetic condiţionate, deşi există puţine studii în acest sens. Ele au o semnificativă stabilitate în timp şi constituie terenul pe care, ulterior, se structurează componenta caracterială a personalităţii (Buss şi Plomin, 1975).

Cloninger (1975), Loranger *et al.* (1982), Guze *et al.* (1986), pornind de la studii familiale efectuate în SUA, au constatat că îndeosebi personalităţile patologice de tip antisocial, histrionic şi borderline au cu mai mare probabilitate o condiţionare ereditară. Ea rămâne oricum semnificativ mai scăzută decât pentru alte entităţi nosologice psihiatrice (Schulsinger, 1972).

Sintetizând experienţa personală de psihiatru pediatru şi rezultatele mai multor studii asupra temperamentului la copii, Rutter (1987) evidenţiază faptul că la copiii cu trăsături temperamentale dezavantajante apar în perioada pubertăţii şi adolescenţei tulburări de comportament care antrenează criticismul şi ostilitatea părinţilor. Personalitatea – după acelaşi autor – integrează strategii cognitive, afective, motivaţionale şi abilităţi relaţionale care sunt dependente de predispoziţiile temperamentale. În cazul personalităţilor patologice, devin persistente şi obiectivabile comportamental doar componentele maladaptative.

În acelaşi context, Graham şi Stevenson (1987) consideră că atributele temperamentale care induc tulburări de comportament sunt, la vârsta copilăriei, asimilabile unor episoade maladive. Pe de altă parte, în structurarea unei personalităţi patologice, pe lângă trăsăturile dominant moştenite, intervine o diversitate de factori ambientali.

Se conturează astfel concluzia că personalitatea normală reuneşte trăsături temperamentale şi caracteriale cu rol adaptativ obiectivabil, iar în cazul personalităţilor patologice atributele structurale moştenite sau dobândite în procesul educaţional şi de socializare devin maladaptative.

În 1993, Cloninger, Svrakic şi Pryzbeck completează modelul biosocial al lui Cloninger din 1987 cu factorii caracteriali. Modelul amintit, al celor trei dimensiuni temperamentale (căutarea noului, evitarea suferinţei şi dependenţa de recompensă), raportează aceste dimensiuni la trei neuromediatori: dopamină, serotonină şi noradrenalină. Astfel, personalităţile patologice devin variante extreme sau dezechilibrat structurate ale acestor dimensiuni şi ale combinaţiilor lor. Cloninger a elaborat un instrument – Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ) – de evaluare a acestor dimensiuni şi a identificat opt tipologii personologice patologice: antisocială, histrionică, pasiv-agresivă, pasiv-dependentă, explozivă, obsesivă, schizoidă şi ciclotimică. Trăsăturile caracteriale au fost adăugate corespunzător faptului

că studiile care au aplicat sistemul tridimensional nu au avut o relevanţă diagnostică aşteptată. Astfel, perseverenţa, simţul responsabilităţii, sociabilitatea şi deschiderea spirituală au devenit reperele caracteriale semnificative ale modelului celor şapte factori, mult mai eficient şi mai apreciat în personologia zilelor noastre.

În Clasificarea Internaţională a Bolilor Psihice (ICD, din 1987) s-a încercat introducerea categoriei personalităţilor accentuate, la care s-a renunţat ulterior. Conceptul îşi are originile în formulările lui Morel, citat de Tyrer, şi ale lui Leonhard (1968). Primul a susţinut că persoanele cu predispoziţii temperamentale de serie nevrotică pot să se decompenseze psihopatologic sub influenţa unor factori de mediu, care, în alte condiţii, ar fi inofensivi. Curran şi Mallinson au descris, tot din aceeaşi perspectivă, personalităţile vulnerabile sau cu trăsături accentuate pe care le-au situat într-o poziţie intermediară între personalităţile normale şi cele patologice. Leonhard a fost însă autorul care a reconsiderat conceptul de *personalitate accentuată*. Acesta desemnează acele structuri personologice care se pot adapta în medii favorabile, dar care se decompensează în condiţii solicitate sau stresante, spre deosebire de personalităţile patologice care se pot decompensa în orice situaţie. Autorul german postulează astfel un continuum între personalităţile normale, accentuate şi patologice fără o netă delimitare între ele. Cu toate acestea, conceptul de *personalitate cu trăsături accentuate de un anumit tip sau mixte* – respectiv, cel mai uzitat astăzi, de *personalitate dificilă* – favorizează definirea mai riguroasă a tulburărilor de personalitate, adăugând deficitului adaptativ persistent şi atributul de *contextualitate*.

Sistemul DSM – elaborat de Asociaţia Psihiatrică Americană – situează tulburările de personalitate pe o altă axă diagnostică, independentă de celelalte sectoare nosologice psihiatrice. Faptul se datorează persistenţei unei opinii diferenţiate, în pofida contribuţiei lui Kraepelin, Kretschmer şi Cleckley. Ea a fost fundamentată pe

conceptul de *moral insanity* al lui Prichard, care postula faptul că pacienţii respectivi nu au tulburări de judecată sau alte simptome psihopatologice majore. De asemenea, tulburările de comportament care le caracterizează debutează în adolescenţă şi durează toată viaţa. Definiţia psihopatiilor din ICD-8 mai subliniază şi faptul că personalitatea este anormal structurată prin prisma raporturilor dintre componentele sale şi a modalităţilor de expresie. Datorită acestei particularităţi, individul respectiv suferă, reprezentând o sursă de suferinţă şi pentru cei din jur. Cu vârsta, intensitatea componentei dizarmonice se poate diminua.

Distincţia dintre tulburările de personalitate şi alte tulburări psihopatologice rămâne încă oarecum arbitrară, având în vedere intercondiţionările etiologice şi patoplastice reciproce. Faptul este susţinut şi de dispariţia ciclotimiei şi a personalităţii patologice afective din DSM-II şi ICD-9, entităţi personologice din spectrul bolilor afective. O situaţie contrară au avut-o tulburările de personalitate inter- şi postprocesuale şi sindromul de stres posttraumatic cronicizat.

Cu toate acestea, independent de poziţia lor în sistemele diagnostice multiaxiale, tulburările de personalitate îşi reconfirmă mereu postura de teren al condiţionărilor etiologice, al dezbaterilor diagnostice, al reperelor prognostice şi al dinamicii responsivităţii terapeutice în psihopatologie şi în clinica psihiatrică.

PARTEA A II-A

TULBURĂRILE DE PERSONALITATE DIN PERSPECTIVA CLINICII PSIHIATRICE

Capitolul 5

Descriere clinică generală

5.1. Particularităţi nosologico-nosografice ale tulburărilor de personalitate

Personalitatea umană reprezintă simultan un concept şi o structură multidimensională care integrează componente condiţionate biologic, psihologic, social şi spiritual. De aici derivă şi complexitatea contribuţiei sale în procesul de cunoaştere psihiatrică şi, într-un sens mai extins, antropologică.

Pornind de la aceste repere, personologia autentică (Stern, 1936) nu se poate rezuma la a reduce persoana la determinanţii săi şi postulează necesitatea formulării teoriilor asupra personalităţii normale şi patologice, conform unor studii riguroase şi extensive. Acestea trebuie să aibă ca repere existenţa activă şi specificitatea stilului fiecărui individ, precum şi sistemul de scopuri aferente (scopuri proprii, suprapersonale şi abstracte) echivalente ale idealurilor. În acelaşi cadru, Murray (1938) subliniază condiţionarea reciprocă dintre personalitate şi psihismul individual, pe terenul interferenţelor motivaţionale interne şi ambientale.

Atât în varianta sa normală, cât şi în cele patologice, personalitatea reprezintă componenta obligatorie a terenului pe care se instalează diversele tulburări psihopatologice. Evoluţia acestora este,

de asemenea, favorizată, agravată sau nuanţată de dominantele structurale ale personalităţii. Ele se regăsesc şi în formulele moderne ale diagnosticului psihiatric şi influenţează evident calitatea strategiilor şi relaţiilor terapeutice.

În genere, personalitatea umană este rezultatul unui îndelungat proces de selecţie naturală în baza căruia devin stabile şi dominante acele trăsături individuale care contribuie în cel mai înalt grad la supravieţuirea speciei (în cazul nostru a speciei umane), deci şi la adaptabilitatea, eficienţa şi creativitatea individuală în rolurile vieţii. Faptul că unele dintre aceste trăsături – mai mult sau mai puţin dezvoltate – devin maladaptative şi perturbatoare ale integrităţii structurale a persoanei şi ale integrabilităţii sale comunitare pledează pentru apartenenţa lor la natura umană, precum şi pentru complexitatea şi unicitatea acesteia.

Caracteristica generică a personalităţii normale – de a se constitui într-o structură integrată şi integrativă a secvenţelor transversale şi sincrone individuale – se regăseşte şi la personalităţile patologice şi poate fi raportată la acelaşi fundal numit *durată* (Nireştean, 1995). O personalitate dizarmonică presupune însă asocierea unor trăsături autodezavantajante, care, din cauza stabilităţii lor în timp şi a particularităţii de a nu fi conştientizate de către individ, sunt inductoare ale unui comportament maladaptativ persistent. Acestea reprezintă atributele de bază ale tulburărilor de personalitate şi devin sursa unei diversităţi extreme a formelor de manifestare a suferinţei personale, dar şi colective.

Astfel privite, structurările dizarmonice ale personalităţii se constituie, din punct de vedere medico-psihiatric, într-o categorie nosologică aparte, dominată de un deficit comportamental şi adaptativ precoce şi persistent, care viciază raporturile cu sine şi cu lumea. Deficitul este ego-sinton şi cultivă un stil egocentric, care devine manifest adeseori prin intervenţia unor factori declanşatori inaparenţi, greu de decelat. Dificultăţile adaptative pot fi, de asemenea, mascate

de un nivel intelectual şi cultural superior, de toleranţa anturajului, precum şi de particularităţile rolurilor sociale şi profesionale. Deficitul de adaptare şi eficienţa în roluri ale personalităţii patologice sunt rezistente însă la mijloacele educative primitive şi la diversele strategii terapeutice şi reabilitative. Acest atribut este corelabil hipotrofiei şi dezechilibrului structural al componentei personalităţii descrise de psihanaliză ca supraeu şi care coalizează norme, reglementări şi valori morale viciate. Ele întreţin egoismul şi non-empatia în raporturile interpersonale şi favorizează cronicizarea tulburărilor adaptative, în concordanţă cu dezvoltarea progresivă a convingerii conform căreia mesajele, discursul şi atitudinea persoanelor din jur sunt lipsite de autenticitate, interesate sau ostile.

Societatea are anumite cerinţe şi expectaţii corespunzătoare indivizilor, iar aceştia, la rândul lor, au diferite dorinţe şi nevoi. Ele se pot împlini doar în cadrul creat de diversitatea raporturilor interpersonale, dar pot rămâne un deziderat şi, în acelaşi timp, o sursă de frustrare atunci când aceste raporturi sunt disfuncţionale sau când resursele personale sunt insuficiente. Ambele condiţii reprezintă apanajul tulburărilor de personalitate, a căror constantă existenţială integrează o dependenţă tensionantă, anxiogenă, faţă de anturajul social, conduite manipulative sau ostil-dominatoare şi ignorarea detaşată a celor din jur.

Aceste particularităţi comportamentale pot fi uneori doar consecinţa disfuncţionalităţii grupului social a cărei contribuţie personopatică trebuie raportată la reperele demografice individuale şi la nivelul de asumare responsabilă a experienţelor biografice dezavantajante. Atributele individualismului promovat de sociocultura modernă occidentală sunt şi ele extrapolate în structura diverselor categorii tipologice personologice.

Tulburările de personalitate au fost descrise şi comentate de-a lungul timpului în cele mai importante sisteme nosologico-nosografice psihiatrice internaţionale (Oldham, 2005). Ele au fost privite

ca un continuum al personalităţii normale, dar şi ca un domeniu complet distinct (Lewis şi Appleby, 1988). În acelaşi context, personalităţile patologice sunt considerate de unii autori drept neclasificabile, iar de către alţii, un teritoriu cu atribute de unicat ce integrează diferenţele şi asemănările interindividuale. Astfel, Kraepelin (1904), Bleuler (1924) şi Kretschmer (1926) au descris tipuri temperamentale sau structuri personologice de tip astenic, schizoid, ciclotimic sau cicloid, ce reprezentau stări precursoare sau forme atenuate ale psihozelor schizofrenice sau afective. Pe de altă parte, Schneider (1923) a descris o categorie de personalităţi psihopatice complet distincte de celelalte tulburări psihopatologice.

Aceste descrieri clasice, deşi au fost estompate timp de decenii de orientarea psihanalitică şi de şcolile postpsihanalitice, au devenit fundamentul clasificărilor categoriale moderne. Trebuie amintite contribuţiile lui Freud, Alexander şi, mai recent, ale lui Otto Kernberg. Ele au sugerat ideea dezvoltării etapizate şi parţial predeterminate a diferitelor tipuri de personalităţi patologice, reliefând diferenţierile necesare şi obligatorii faţă de nevroze a căror simptomatologie este de factură egodistonică. Prin elaborarea conceptului de *nivel de organizare structurală a personalităţii* a fost posibilă o primă clasificare ierarhică a tulburărilor de personalitate, având ca extreme personalitatea de tip borderline – cel mai deficitar structurată – şi cea obsesiv-compulsivă cu un înalt nivel de organizare.

În congruenţă cu varietatea comentariilor de factură nosologică, trebuie subliniată importanţa demersului diagnostic şi a criteriilor folosite. Aceasta deoarece psihiatri – chiar beneficiind de calea din urmă – sunt adeseori dubitativi în formulările diagnostice. La acestea se adaugă şi controversa dintre importanţa contribuţiei psihopatologice şi maladaptative a factorilor situaţionali, raportată la aceea a trăsăturilor personalităţii (Mischel, 1986).

Argumentul major în favoarea definirii şi delimitării tulburărilor de personalitate rămâne faptul că atributele structurale individuale,

deci variabilele personale, domină în majoritatea experienţelor vieţii comportamentul şi condiţionează relaţiile cu cei din jur şi funcţionarea în roluri a persoanei. În acelaşi cadru trebuie menţionat faptul că definiţia categorială actuală a tulburărilor de personalitate nu este întru totul aplicabilă fiecărui subtip personopat (Pfohl *et al.*, 1986; Tyrer *et al.*, 1988; Flick *et al.*, 1993). Afirmaţia este cel mai bine confirmată în cazul tulburărilor de personalitate de cluster B. La toate acestea se adaugă şi prezenţa unor condiţii comorbide care conferă o şi mai mare complexitate diagnosticului şi încercărilor de clasificare a tulburărilor de personalitate (Tyrer, 1993).

Majoritatea clinicienilor preferă o sistematizare categorială a tulburărilor de personalitate, cu deosebire după dezvoltarea conceptului de psihopatie şi corespunzător încercărilor de management aferente domeniului. În acest context şi în pofida apelului la interviuri structurate şi semistructurate, cota de subiectivism a diagnosticului rămâne semnificativă (Dolan şi Coid, 1993). Se explică astfel de ce tulburările de personalitate sunt relativ deficitar prezentate în raport cu restul entităţilor psihopatologice în orice sistem diagnostic (Sartorius *et al.*, 1993). Totuşi, trecerea în revistă a acestora din urmă confirmă, sub o formă sau alta, importanţa acordată modificărilor de comportament şi personalitate. Astfel, dacă în DSM-I (1952) erau prezentate tulburări de dezvoltare sau trăsături patologice în structura personalităţii, în DSM-III (1980) apar descrise pentru prima dată tulburările de personalitate subdivizate în cele trei clustere (Skodol, 1997). În mod asemănător, şi ICD-10 este mult mai cuprinzător decât ICD-9. Astfel, deşi ciclotimia este cuprinsă în grupul tulburărilor afective, tulburările de personalitate şi de comportament la adult integrează şi jocul de noroc patologic, piromania şi cleptomania, precum şi o mai mare diversitate de tulburări ale instinctului sexual, diferenţiate şi delimitate cu acurateţe.

Comparativ, în cele două sisteme diagnostice categoriale, criteriile de diagnostic ale tulburărilor de personalitate apar după cum urmează:

Tabelul 5.1. *Tulburări specifice de personalitate : DSM-IV* vs *ICD-10*

	DSM-IV	ICD-10
Criteriile de diagnostic pentru o tulburare de personalitate	A. Un pattern durabil de experienţă internă şi de comportament care deviază considerabil de la cerinţele culturii individului. Acest pattern se manifestă în două (sau mai multe) din următoarele domenii : 1. cunoaştere (adică modurile de a se percepe şi interpreta pe sine, alte persoane şi evenimentele) ; 2. afectivitate (altfel spus, gama, intensitatea, labilitatea şi adecvarea răspunsului emoţional) ; 3. funcţionare interpersonală ; 4. controlul impulsului. B. Patternul durabil este inflexibil şi pervaziv în raport cu o gamă largă de situaţii personale şi sociale. C. Patternul durabil duce la o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcţionare. D. Patternul este stabil şi de lungă durată, iar debutul său poate fi trasat retrospectiv, cel puţin până în adolescenţă sau la începutul perioadei adulte.	Situaţiile care nu pot fi atribuite unor distrugeri cerebrale masive, unei boli cerebrale sau unei tulburări psihiatrice şi care îndeplinesc următoarele criterii : a) atitudini şi comportament marcat dizarmonice, implicând, de obicei, mai multe arii de funcţionare, ca, de exemplu : afectivitatea, agitaţia, controlul impulsurilor, modurile de percepere şi gândire şi stilul de relaţionare cu ceilalţi ; b) patternul (modelul) de comportament anormal este durabil, constând în episoade prelungite şi nelimitate de boala psihică ; c) comportamentul anormal este implicat în mod clar într-o gamă largă de situaţii personale şi sociale ; d) manifestările mai sus menţionate apar în copilărie sau adolescenţă şi continuă în viaţa adultă ; e) tulburarea duce la un disconfort subiectiv, dar acest lucru poate deveni evident numai târziu în cursul evoluţiei ; f) tulburarea este, de obicei (dar nu întotdeauna), asociată cu probleme semnificative în performanţa profesională şi socială.

	DSM-IV	ICD-10
	E. Patternul durabil nu este explicat mai bine ca manifestare sau consecinţă a unei alte tulburări mentale. F. Patternul durabil nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanţe (de exemplu un drog, un medicament) sau ale unei condiţii medicale generale (de exemplu traumatism cranian).	Pentru anumite culturi este necesară crearea unor seturi diferite de criterii, ţinând cont de normele, regulile şi obligaţiile sociale din cultura respectivă. Pentru diagnostic, multe dintre subtipurile de mai jos necesită prezenţa clară şi dovedită a cel puţin trei dintre caracteristicile (trăsăturile) de comportament din descrierea clinică.

	301.0 Tulburarea de personalitate paranoidă	F 60.0 Tulburare paranoidă de personalitate
TP paranoidă	A. O neîncredere şi suspiciune pervazivă faţă de alţii, astfel că intenţiile acestora sunt interpretate ca răuvoitoare, începând precoce în perioada adultă şi prezente într-o varietate de contexte, după cum este indicat de patru (sau mai multe) dintre următoarele : 1. suspectează, fără o bază suficientă, că alţii îl (o) exploatează, prejudiciază sau înşală ; 2. este preocupat(ă) de dubii nejustificate referitoare la loialitatea sau corectitudinea amicilor sau asociaţilor ; 3. refuză să aibă încredere în alţii din cauza fricii nejustificate că informaţiile vor fi utilizate maliţios împotriva sa ; 4. citeşte intenţii degradante sau ameninţătoare în remarci sau evenimente benigne ;	Este o tulburare caracterizată de : a) o sensibilitate excesivă la eşecuri/înfrângeri şi atitudini neprietenoase ; b) tendinţa de a purta ranchiună permanent, cum ar fi refuzul de a ierta insultele, loviturile sau desconsiderarea ; c) suspiciunea şi o tendinţă accentuată de a distorsiona trăirile, prin considerarea greşită a acţiunilor neutre sau pritenoase ale altora drept acte de ostilitate sau de dispreţ ; d) un sentiment combativ şi tenace de susţinere a drepturilor personale, care nu este adecvat situaţiei prezente ; e) suspiciune recurentă, fără justificare, privind fidelitatea partenerului sexual sau a soţului/soţiei ;

	301.0 Tulburarea de personalitate paranoidă	F 60.0 Tulburare paranoidă de personalitate
TP paranoidă	5. poartă pică tot timpul, adică este implacabil(ă) faţă de insulte, injurii sau ofense ; 6. percepe atacuri la persoană sau la reputaţia sa, care nu sunt evidente altora, şi este prompt(ă) în a acţiona coleros sau în a contraataca ; 7. are suspiciuni recurente, fără nici o justificare, referitoare la fidelitatea soţiei (soţului) ori partenerei (partenerului) sexual(e). B. Nu survine exclusiv în cursul schizofreniei, al unei tulburări afective cu elemente psihotice ori al altei tulburări psihotice şi nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei condiţii medicale generale. *Notă* : dacă criteriile sunt satisfăcute anterior debutului schizofreniei, se adaugă „premorbid" ; de exemplu, „Tulburare de personalitate paranoidă (premorbid)".	f) tendinţa către o stimă de sine excesivă, manifestată printr-o atitudine persistentă de referinţă la sine însuşi ; g) preocupări privind explicarea prin „conspiraţii" lipsite de substanţă a evenimentelor care implică pacientul sau lumea, în general. *Include* : tulburarea de personalitate paranoidă expansivă, cverulentă, fanatică şi senzitivă. *Exclude* : tulburarea delirantă (F 22.-), schizofrenia (F 20.-).

	301.20 Tulburarea de personalitate schizoidă	F 60.1 Tulburarea schizoidă de personalitate
TP Schizoidă	A. Un pattern pervaziv de detaşare de relaţiile sociale şi o gamă restrânsă de exprimare a emoţiilor în situaţii interpersonale, începând precoce în perioada adultă şi prezente într-o varietate de contexte, după cum este indicat de patru (sau mai multe) dintre următoarele :	Tulburarea de personalitate întruneşte următoarele condiţii : a) puţine (dacă există vreuna) activităţi care produc plăcere ; b) răceală emoţională, detaşare sau afect tocit ; c) capacitate limitată de a exprima căldură, sentimente tandre sau mânie faţă de ceilalţi ;

	301.20 Tulburarea de personalitate schizoidă	F 60.1 Tulburarea schizoidă de personalitate
TP Schizoidă	1. nici nu doreşte şi nici nu se bucură de relaţii strânse, inclusiv de faptul de a fi membru al unei familii ; 2. alege aproape întotdeauna activităţi solitare ; 3. are puţin sau nu are nici un interes în a avea experienţe sexuale cu altă persoană ; 4. îi plac puţine ori nu-i plac nici un fel de activităţi ; 5. lipsa amicilor sau confidenţilor apropiaţi, alţii decât rudele de gradul I ; 6. pare a fi indiferent la criticile sau laudele altora ; 7. prezintă răceală emoţională, detaşare sau afectivitate plată. B. Nu survine exclusiv în cursul schizofreniei, al unei tulburări afective cu elemente psihotice, al altei tulburări psihotice ori al unei tulburări de dezvoltare pervazivă şi nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei condiţii medicale generale. *Notă* : dacă criteriile sunt satisfăcute anterior debutului schizofreniei, se adaugă „premorbid" ; de exemplu, „Tulburare de personalitate schizoidă (premorbid)".	d) indiferenţă aparentă faţă de laudă sau critici adresate de ceilalţi ; e) interes scăzut faţă de stabilirea relaţiilor sexuale cu alte persoane (luaţi în considerare vârsta) ; f) preferinţă aproape invariabilă pentru activităţi solitare ; g) preocupări excesive pentru fantezii şi introspecţie ; h) lipsa prietenilor apropiaţi sau a relaţiilor bazate pe încredere (sau având numai una) sau lipsa dorinţei de a stabili astfel de legături ; i) insensibilitate marcată faţă de respectarea normelor sociale şi a convenţiilor. *Exclude* : sindromul Asperger (F 84.5), tulburarea delirantă (F 22.0), tulburarea schizoidă a copilăriei (F 84.5), schizofrenia (F 20.), tulburarea schizotipală (F 21.).

	301.22 Tulburarea de personalitate schizotipală	
TP Schizo-tipală	A. Un pattern pervaziv de deficite sociale şi interpersonale, manifestat prin disconfort acut în relaţii şi reducerea capacităţii de a stabili relaţii intime, precum şi prin distorsiuni cognitive şi de percepţie şi excentricităţi de comportament, începând precoce în perioada adultă şi prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cinci (sau mai multe) dintre următoarele: 1. idei de referinţă (excluzând ideile delirante de referinţă); 2. gândire magică sau credinţe stranii care influenţează comportamentul şi sunt incompatibile cu normele subculturale (de exemplu, superstiţiozitate, credinţă în clarviziune, telepatie sau în cel de-al „şaselea simţ"; la copii şi adolescenţi, fantezii şi preocupări bizare); 3. experienţe perceptive insolite, incluzând iluzii corporale; 4. gândire şi limbaj bizar (de exemplu, limbaj vag, circumstanţial, metaforic, supraelaborat sau stereotip); 5. suspiciozitate sau ideaţie paranoidă; 6. afect inadecvat sau coarctat; 7. comportament sau aspect bizar, excentric sau particular;	

	301.22 Tulburarea de personalitate schizotipală	
TP Schizo-tipală	8. lipsa de amici sau confidenţi apropiaţi, alţii decât rudele de gradul I; 9. anxietate socială excesivă care nu diminuează odată cu familiarizarea şi tinde a fi asociată mai curând cu temeri paranoide decât cu judecăţi negative despre sine. B. Nu survine exclusiv în cursul schizofreniei, al unei tulburări afective cu elemente psihotice, al altei tulburări psihotice ori al unei tulburări de dezvoltare pervazivă. *Notă*: dacă criteriile sunt satisfăcute anterior debutului schizofreniei, se adaugă „premorbid"; de exemplu, „Tulburare de personalitate schizotipală (premorbid)".	

	301.7 Tulburarea de personalitate antisocială	F 60.2 Tulburarea dissocială de personalitate
TP antiso-cială (disso-cială – ICD-10)	A. Este un pattern de desconsiderare şi violare a drepturilor altora, care apare începând cu vârsta de 15 ani, fiind indicat de trei (sau mai multe) dintre următoarele: 1. incapacitatea de a se conforma normelor sociale în legătură cu comportamentele legale, indicată de comiterea repetată de acte care constituie motive de arest;	Este o tulburare de personalitate care ajunge deseori în atenţia medicală din cauza distonanţei dintre comportamentul pacientului şi normele sociale, fiind caracterizată prin: a) nepăsare rece faţă de sentimentele celorlalţi; b) atitudine marcată şi persistentă de iresponsabilitate şi dispreţuire a normelor, regulilor şi convenţiilor sociale;

	301.7 Tulburarea de personalitate antisocială	F 60.2 Tulburarea dissocială de personalitate
TP antisocială (dissocială – ICD-10)	2. incorectitudine, indicată de minţitul repetat, recursul la alibiuri, manipularea altora pentru profit sau plăcere personală; 3. impulsivitate sau incapacitatea de a face planuri; 4. iritabilitate şi agresivitate, indicate de luptele sau atacurile corporale repetate; 5. neglijenţă nesăbuită pentru siguranţa personală sau a altora; 6. iresponsabilitate considerabilă, indicată prin incapacitatea repetată de a avea un comportament consecvent în muncă ori de a a-şi onora obligaţiile financiare; 7. lipsa de remuşcare, indicată prin indiferenţă ori prin faptul de a justifica de ce a făcut să sufere ori a maltratat sau a furat de la altul. B. Individul este în etate de cel puţin 18 ani. C. Există proba unei tulburări de conduită cu debut înainte de 15 ani. Comportamentul antisocial nu survine exclusiv în cursul schizofreniei ori al unui episod maniacal.	c) incapacitatea de a menţine relaţii durabile, deşi nu există nici o dificultate în stabilirea lor; d) o toleranţă foarte scăzută la frustrare şi un prag scăzut de control al tendinţelor de a manifesta agresivitate, inclusiv violenţă; e) incapacitatea de a trăi sentimentul de vină şi de a învăţa din experienţă, în special din pedepse; f) o înclinaţie marcată de a da vina pe alţii sau de a oferi explicaţii plauzibile pentru comportamentul care a adus pacientul în conflict cu societatea. De asemenea, ca o trăsătură asociată poate fi prezentă şi iritabilitatea. Tulburarea de conduită din copilărie sau adolescenţă, cu toate că nu e prezentă în mod invariabil, poate aduce un suport diagnostic. *Include*: tulburarea de personalitate amorală, antisocială, asocială, psihopată şi sociopată. *Exclude*: tulburările de conduită (F 91.).

	301.83 Tulburarea de personalitate de tip borderline	F 60.3 Tulburarea emoţional-instabilă de personalitate
TP de tip borderline	A. Un pattern pervaziv de instabilitate a relaţiilor interpersonale, a imaginii de sine şi afectelor şi impulsivitate marcată, începând precoce în perioada adultă şi prezent într-o varietate de contexte, fiind indicat de cinci (sau mai multe) dintre următoarele: 1. eforturi disperate de a evita abandonul real sau imaginar; *Notă*: nu include comportamentul suicidar sau automutilant. 2. un pattern de relaţii interpersonale intense şi instabile, caracterizat prin alternare între extremele de idealizare şi devalorizare; 3. perturbare de identitate: imagine de sine sau conştiinţă de sine marcat şi persistent instabilă; 4. impulsivitate în cel puţin două domenii care sunt potenţial autoprejudiciante (de exemplu, cheltuieli, sex, abuz de substanţe, condus imprudent, mâncat compulsiv). *Notă*: nu include comportamentul suicidar sau automutilant. 5. comportament, gesturi sau ameninţări recurente de suicid ori comportament automutilant;	Este o tulburare de personalitate în care există o tendinţă marcată de impulsivităţi în acţiuni, fără a lua în considerare consecinţele, şi de o instabilitate afectivă. Capacitatea de a face planuri „în avans" poate fi minimă, iar exploziile de furie intensă pot duce deseori la violenţă sau la „explozii comportamentale"; acestea au loc mai ales atunci când actele impulsive sunt criticate sau împiedicate de alte persoane. Sunt specificate două variante ale acestei tulburări de personalitate, amândouă având în comun această caracteristică generală de impulsivitate şi lipsă de autocontrol. **F 60.30 de tip impulsiv** Caracteristica predominantă este instabilitatea emoţională şi lipsa controlului impulsurilor. Exploziile de violenţă sau de comportament agresiv sunt obişnuite ca răspuns la criticile altora. *Include*: (tulburarea de) personalitate explozivă şi agresivă. *Exclude*: tulburarea dissocială de personalitate.

	301.83 Tulburarea de personalitate de tip borderline	F 60.3 Tulburarea emoţional-instabilă de personalitate
TP de tip borderline	6. instabilitate afectivă datorată unei reactivităţi marcate a dispoziţiei (de exemplu, disforie episodică intensă, iritabilitate sau anxietate care durează, de regulă, câteva ore şi numai rareori mai mult de câteva zile); 7. sentimentul cronic de vid; 8. mânie intensă, inadecvată ori dificultate în a controla mânia (de exemplu, manifestări frecvente de furie, stare coleroasă permanentă, bătăi repetate); 9. ideaţie paranoidă sau simptome disociative severe, tranzitorii, în legătură cu stresul.	**F 60.31 de tip borderline** Sunt prezente o serie de caracteristici ale instabilităţii emoţionale; în plus, imaginea de sine a pacientului, ţelurile şi preferinţele sale interne (inclusiv cele sexuale) sunt deseori neclare sau tulburate. Există, de obicei, un sentiment cronic de gol interior. O tendinţă de a se implica în relaţii intense şi instabile poate cauza crize emoţionale repetate şi poate fi asociată cu eforturi excesive pentru a preveni abandonarea şi o serie de acte suicidare sau de autovătămare (cu toate că acestea pot apărea fără declanşatori evidenţi). *Include*: (tulburarea de) personalitate de frontieră.

	301.50 Tulburarea de personalitate histrionică	F 60.4 Tulburarea histrionică de personalitate
TP histrionică	Un pattern pervaziv de emoţionalitate excesivă şi de căutare a atenţiei, începând precoce în perioada adultă şi prezent într-o varietate de contexte, fiind indicat de cinci (sau mai multe) dintre următoarele: 1. este incomodat în situaţiile în care nu se află în centrul atenţiei; 2. interacţiunea cu alţii este caracterizată adesea printr-un comportament seducător sau provocator sexual inadecvat;	Este caracterizată de: a) autodramatizare, expresie teatrală, exagerată a emoţiilor; b) sugestibilitate – pacientul este uşor de influenţat de către alţii sau de circumstanţe; c) afectivitate labilă şi superficială; d) căutarea continuă a senzaţiilor puternice, a admiraţiei celorlalţi şi a activităţilor în care pacientul este în centrul atenţiei;

	301.50 Tulburarea de personalitate histrionică	F 60.4 Tulburarea histrionică de personalitate
TP histrionică	3. prezintă o schimbare rapidă şi o expresie superficială a emoţiilor; 4. uzează în mod constant de aspectul fizic pentru a atrage atenţia asupra sa; 5. are un stil de a vorbi extrem de impresionant şi lipsit de detalii; 6. manifestă autodramatizare, teatralism şi o expresie exagerată a emoţiilor; 7. este sugestionabil, adică uşor de influenţat de alţii sau de circumstanţe; consideră relaţiile mai intime decât sunt în realitate	e) seducţie inadecvată în comportament sau înfăţişare; f) atenţie exagerată acordată atracţiei fizice. Trăsăturile asociate pot include egocentrism, autoindulgenţă, dorinţa de a fi apreciat, existenţa sentimentelor uşor de rănit şi comportament persistent manipulativ pentru satisfacerea nevoilor proprii. *Include*: (tulburarea de) personalitate isterică şi psihoinfantilă

	301.81 Tulburarea de personalitate narcisică	
TP narcisică	Un pattern pervaziv de grandoare (în fantezie şi comportament), nevoie de admiraţie şi lipsă de empatie, începând precoce în perioada adultă şi prezent într-o varietate de contexte, fiind indicat de cinci (sau mai multe) dintre următoarele: 1. are un sentiment grandios de autoimportanţă (de exemplu, îşi exagerează realizările şi talentele, aşteaptă să fie recunoscut ca superior fără realizări corespunzătoare); 2. este preocupat de fantezii de succes nelimitat, de putere, strălucire, frumuseţe sau amor ideal;	

	301.81 Tulburarea de personalitate narcisică	
TP narcisică	3. crede că este „aparte" şi unic şi că poate fi înţeles numai de către ori că trebuie să se asocieze numai cu oameni (sau instituţii) speciali ori cu status înalt; 4. necesită admiraţie excesivă; 5. are un sentiment de îndreptăţire, adică pretenţii exagerate de tratament favorabil special ori de supunere automată la dorinţele sale; 6. este exploatator interpersonal, adică profită de alţii pentru a-şi atinge propriile scopuri; 7. este lipsit de empatie: este incapabil să recunoască sau să se identifice cu sentimentele şi necesităţile altora; 8. este adesea invidios pe alţii sau crede că alţii sunt invidioşi pe el; prezintă comportamente sau atitudini arogante, sfidătoare.	

	301.82 Tulburarea de personalitate evitantă	F 60.6 Tulburarea anxios--evitantă de personalitate
TP evitantă	Un pattern pervasiv de inhibiţie socială, sentimente de insuficienţă şi hipersensibilitate la evaluare negativă, începând precoce în perioada adultă şi prezent într-o varietate de contexte, fiind indicat de patru (sau mai multe) dintre următoarele: 1. evită activităţile profesionale care implică un contact interpersonal semnificativ, din cauza fricii de critică, a dezaprobării sau rejecţiei;	Este caracterizată de: a) sentimente persistente şi generale de tensiune şi îngrijorare; b) convingerea că este incapabil social, neatractiv sau inferior celorlalţi; c) preocupare excesivă privind criticile sau respingerea pe plan social; d) dorinţa de a evita relaţiile cu oamenii, dacă nu este sigur că este agreat;

	301.82 Tulburarea de personalitate evitantă	F 60.6 Tulburarea anxios--evitantă de personalitate
TP evitantă	2. nu doreşte să se asocieze cu alţi oameni decât dacă este sigur că va fi apreciat; 3. manifestă reţinere în relaţiile intime din cauza fricii de a nu se face de râs ori de a nu fi ridiculizat; 4. este preocupat de faptul de a nu fi criticat sau rejectat în situaţii sociale; 5. este inhibat în situaţii interpersonale noi, din cauza sentimentelor de inadecvare; 6. se vede pe sine ca înapt social, neatractiv personal ori inferior altora; refuză să-şi asume riscuri personale sau să se angajeze în orice activităţi noi, din cauza faptului că acestea l-ar putea pune în dificultate.	e) existenţa unor restricţii în viaţă, din cauza nevoii de securitate fizică; f) evitarea activităţilor sociale sau profesionale care presupun contacte interpersonale semnificative, din cauza fricii de a fi criticat, respins. Trăsăturile asociate pot include hipersensibilitate la rejecţie şi critică.

	301.6 Tulburarea de personalitate dependentă	F 60.7 Tulburarea dependentă de personalitate
TP dependentă	O necesitate excesivă şi pervazivă de a fi tutelat, care duce la un comportament submisiv şi adeziv şi la frica de separare, care începe precoce în perioada adultă şi este prezent întro varietate de contexte, fiind indicat de cinci (sau mai multe) dintre următoarele: 1. are dificultăţi în a lua decizii comune fără o cantitate excesivă de sfaturi şi asigurări din partea altora;	Este caracterizată de: a) încurajarea sau autorizarea acordată altora de a lua decizii foarte importante pentru viaţa pacientului; b) subordonarea nevoilor personale faţă de nevoile celor de care pacientul este dependent şi supunerea exagerată la dorinţele acestora; c) subiectul nu doreşte să formuleze nici cele mai mici cereri oamenilor de care depinde;

	301.6 Tulburarea de personalitate dependentă	F 60.7 Tulburarea dependentă de personalitate
TP dependentă	2. simte nevoia ca alţii să-şi asume responsabilitatea pentru cele mai importante domenii ale vieţii lui ; 3. are dificultăţi în a-şi exprima dezacordul faţă de alţii, din cauza fricii de a nu pierde suportul sau aprobarea ; *Notă* : nu implică frica reală de retribuţie. 4. are dificultăţi în a iniţia proiecte ori a face ceva singur (din cauza lipsei de încredere în judecata sau capacităţile sale, mai curând decât din cauza lipsei de motivaţie sau de energie) ; 5. merge foarte departe pentru a obţine solicitudine şi suport de la alţii, până la punctul de a se oferi voluntar să facă lucruri care sunt neplăcute ; 6. se simte incomodat sau lipsit de ajutor atunci când rămâne singur, din cauza fricii exagerate de a nu fi în stare să aibă grijă de sine ; 7. caută urgent altă relaţie drept sursă de solicitudine şi suport atunci când o relaţie strânsă se termină ; este exagerat de preocupat de frica de a nu fi lăsat să aibă grija de sine.	d) se simte prost dispus sau neajutorat când este singur, din cauza fricii exagerate de a fi incapabil să-şi poarte singur de grijă ; e) preocuparea însoţită de teama de a fi abandonat de către persoana cu care are o relaţie strânsă şi de a fi lăsat să-şi poarte singur de grijă ; f) capacitate limitată de a lua decizii în viaţa de zi cu zi, fără a primi sfaturi exagerate şi asigurări repetate din partea celorlalţi ; g) trăsăturile asociate pot include autoperceperea pacientului ca neajutorat, incompetent şi lipsit de putere. *Include* : (tulburarea de) personalitate astenică, inadecvată, pasivă şi defetistă.

	301.4 Tulburarea de personalitate obsesiv--compulsivă	F 60.5 Tulburarea anancastă de personalitate
TP obsesiv--compulsivă	Un pattern pervaziv de preocupare pentru ordine, perfecţionism şi control mental şi interpersonal în detrimentul flexibilităţii, deschiderii şi eficienţei, începând precoce în perioada adultă şi prezent într-o varietate de contexte, fiind indicat de cel puţin patru (sau mai multe) dintre următoarele : 1. este preocupat de detalii, reguli, liste, ordine, organizare sau planuri, în aşa măsură încât obiectivul major al activităţii este pierdut ; 2. prezintă perfecţionism care interferează cu îndeplinirea sarcinilor (de exemplu, este incapabil să realizeze un proiect, deoarece nu sunt satisfăcute standardele sale extrem de stricte) ; 3. este excesiv de devotat muncii şi productivităţii, mergând până la excluderea activităţilor recreative şi a amiciţiilor (atitudine nejustificată de o necesitate economică evidentă) ; 4. este hiperconştiincios, scrupulos şi inflexibil în probleme de moralitate, etică sau valori (fapt nejustificat prin identificare culturală sau religioasă) ;	Este caracterizată prin : a) sentimente de îndoială şi prudenţă excesive ; b) preocupare pentru detalii, reguli, liste, ordine, organizare sau programe ; c) perfecţionism care interferează cu îndeplinirea sarcinilor ; d) conştinciozitate, scrupulozitate excesivă şi preocupări deloc necesare privind eficienţa, până la excluderea plăcerii şi a relaţiilor interpersonale ; e) pedanterie excesivă şi aderenţă la convenţiile sociale ; f) rigiditate şi încăpăţânare ; g) insistenţă nerezonabilă din partea pacientului pentru ca ceilalţi să respecte exact modul său de a acţiona sau rezistenţă nerezonabilă a pacientului de a permite celorlaţi să facă ceva ; h) intruziunea unor gânduri sau impulsuri insistente şi supărătoare. *Include* : (tulburarea de) personalitate compulsivă şi obsesională. *Exclude* : tulburarea obsesiv-compulsivă (F 42.).

	301.4 Tulburarea de personalitate obsesiv--compulsivă	F 60.5 Tulburarea anancastă de personalitate
TP obsesiv--compulsivă	5. este incapabil să se debaraseze de obiecte uzate sau inutile, chiar dacă acestea nu au nici o valoare sentimentală ; 6. refuză să delege sarcini sau să lucreze cu alţii în afară de cazul în care aceştia se supun exact modului lui de a face lucrurile ; 7. adoptă un stil avar de a cheltui, atât faţă de sine, cât şi faţă de alţii, banii fiind văzuţi ca ceva ce poate fi folosit în cazul unor eventuale catastrofe ; prezintă rigiditate şi obstinaţie.	

Abordarea din perspectivă categorială a tulburărilor de personalitate este o expresie a gândirii tradiţionale polarizate din societatea occidentală. Diversele categorii sunt net delimitate şi diferă calitativ unele de altele. Se apelează la descrierea empirică a manifestărilor patocomportamentale propriu-zise care devin suportul conceptului de *personalitate patologică* sau *dizarmonic structurată*. Acesta întruneşte – în intenţie – atributele unui construct ateoretic şi are o validitate parţială corespunzătoare doar unora dintre simptomele integrabile. Descrierea categorială poartă deci amprenta simplităţii şi a stereotipiei oglindite în înşirarea unor criterii de factură strict fenomenologică.

Cel mai adesea, necesitatea clasificării categoriale a tulburărilor de personalitate le subdivizează în trei clustere :

A – bizare ;

B – hiperexpresive şi dissociale ;

C – anxioase.

Se pot descrie o serie de criterii diagnostice aplicabile tuturor tulburărilor de personalitate. Ele includ :

- comportamentul individual marcat dizarmonic, ca expresie a strategiilor cognitive, conţinuturilor afective, modalităţilor de manifestare ale instinctelor şi abilităţilor relaţionale interpersonale deviante ;
- caracterul precoce şi durabil al tulburărilor comportamentului, care devin manifeste în copilăria tardivă sau adolescenţă şi persistă toată viaţa ;
- perturbarea constantă – dar de intensitate variabilă – a adaptabilităţii în diversele roluri ale vieţii şi a eficienţei sau performanţelor profesionale ;
- disconfortul subiectiv care creează şi întreţine sentimentul de neîmplinire, incompletitudine şi deficitul de satisfacţie personală.

Sistemele diagnostice DSM şi ICD sunt sintetice, prezentând criterii speciale pentru fiecare structură personologică. De-a lungul timpului, autorii au descris diverse aspecte bazate pe observaţia clinică sau corelabile unor doctrine. Deşi sistemele categoriale adoptă o perspectivă dominant descriptivă în cazul tulburărilor de personalitate, Axa II diagnostică rămâne un construct abstract precumpănitor teoretic.

5.2. Tulburările de personalitate de cluster A

Primul cluster – clusterul A – al clasificării categoriale include personalităţile patologice cu trăsături de serie psihotică.

5.2.1. *Tulburarea de personalitate paranoică*

Aceasta are ca dominante structurale orgoliul şi interpretativitatea manifeste din tinereţe, alături de abilităţile relaţionale selective. Suspiciunea şi lipsa de încredere în cei din jur sunt întreţinute de o stimă de sine exagerată, care cultivă raporturi interpersonale sărace şi mereu problematizante. Stima de sine exacerbată inhibă simţul autocritic şi poate alimenta uneori o ţinută morală superioară şi autoritarismul ca fundamente ale rolurilor de lideri sau de formatori de opinie la care pot accede uneori. Pe această cale, apar mereu în prim-plan aroganţa şi tendinţele de a-i exploata şi manipula pe ceilalţi – ale căror expectaţii şi drepturi sunt ignorate –, precum şi lipsa de loialitate. Sunt promovate constant imaginea şi drepturile personale în orice situaţie existenţială concretă şi nu sunt tolerate frustrările şi eşecurile.

În plan cognitiv, ideile preconcepute induc interpretări false ale realităţii obiective, pe fondul unei hipervigilităţi şi hiperestezii persistente. Sunt considerate referitoare la sine majoritatea cuvintelor şi atitudinilor, chiar şi cele bine intenţionate, ale persoanelor din jur. Pacienţii îşi păstrează pentru ei adevăratele gânduri şi intenţii şi evocă experienţe cu alură comparativă a evenimentelor trăite sau imaginate. Sunt deci evidente frustrările expansive şi, uneori, limbajul evaziv.

Apar afişate în mod constant rigiditatea şi detaşarea afectivă, fiind evidentă lipsa empatiei şi a capacităţii de a dezvolta sentimente faţă de persoanele din jur, indiferent de gradul de rudenie sau de apropierea existenţială. Frecventele crize de furie şi manifestări de gelozie patologică se desfăşoară în raport cu partenerul conjugal sau sexual.

Relaţiile interpersonale sunt dominate de neîncredere, răceală şi indiferentism. Apar mereu în prim-plan atitudini resentimentare legate de insultele şi ofensele celor din jur, autovictimizarea fiind un

atribut structural major. Chiar şi evitările sau conduitele de amânare ale persoanelor cu care vin în contact – motivate de oboseală sau conjunctural – sunt privite ca ostile. Concepţia despre sine – „Sunt o persoană specială şi nimeni nu mă iubeşte pentru că sunt superior tuturor!" – este congruentă cu concepţia despre lume, care e considerată nedreaptă, imprevizibilă şi deci răspunzătoare pentru greşelile şi nerealizările personale.

Din perspectivă psihodinamică, se consideră că stilul critic şi autoritar al părinţilor favorizează structurarea unei imagini particulare despre sine – „Eşti altfel decât ceilalţi!" – cu unele deficienţe şi atribute contradictorii. Există un deficit de integrare a supraeului, drept consecinţă a reprimării conflictelor cu părinţii – îndeosebi din etapa primei copilării. Ca urmare, vulnerabilitatea propriului eu este proiectată asupra celorlalţi, fiind cultivat progresiv sentimentul adevărului propriu – paranoidismul – care îi îndepărtează pe cei din jur, în mod intolerant şi incisiv, în scopul conservării individualităţii. Apare ca evidentă o organizare psihotiformă, realizată prin alte mijloace decât în cazul manifestărilor psihotice propriu-zise şi care poate favoriza scurte episoade delirante.

Din perspectivă genetică, personalitatea paranoică aparţine spectrului schizofreniilor, fiind raportabilă cu precădere la tulburările delirante (Bernstein, Useda şi Siever, 1993). Pe terenul concepţiei despre sine şi lume şi al atitudinii faţă de cei din jur, TP paranoică se întâlneşte cu TP obsesiv-compulsivă, care însă este racordată la normele şi valorile comunitare. Personalitatea paranoică mai interferează şi cu personalitatea schizotipală şi cu cele de cluster B. Dintre acestea, cu TP de tip borderline, în primul rând, în cadrul acesteia din urmă inconstanţa manifestărilor de tip *psychotic-like* fiind însă evidentă.

Tehnicile comportamentale pot ameliora stilul paranoic, dar ele trebuie să profite de perioadele de descurajare, pesimism şi de dezorganizare a mecanismelor de securizare.

Tulburarea de personalitate paranoică se poate structura în familiile schizofrenilor şi e mai frecventă la sexul masculin.

5.2.2. *Tulburarea de personalitate schizoidă*

Este dominată de indiferentism afectiv şi detaşare în raporturile interpersonale, atribute manifeste din tinereţe. Sunt evidente capacităţile reduse de rezonanţă emoţională şi rigiditatea în exprimarea unor stări afective sărace şi greu de diferenţiat unele faţă de altele. Ca urmare, răspunsurile afective la acţiunile şi expresiile celor din jur sunt sărace, inconstante sau tardive. Există astfel un deficit de exprimare a emoţiilor şi, de asemenea, a nemulţumirii sau furiei - precum şi o lipsă de căldură şi tandreţe în relaţiile interpersonale. Anhedonic, schizoidul este, în egală măsură, indiferent la criticile sau laudele celor din jur.

Hipoprosexia favorizează un stil cognitiv distinct, cu asociaţii ideative superficiale, idei intruzive şi tendinţa de a abandona uşor raţionamentul iniţial. Lipsa de eficienţă intelectuală se explică şi prin excesivele tendinţe introspective şi meditative, precum şi prin incursiunile în imaginar. Comportamentul este solitar, apatic, monoton, lipsit de spontaneitate, cu un interes minim acordat anturajului. Este evitată intimitatea în relaţiile interpersonale, exceptând rudele de gradul I.

Sunt cvasipermanente hipoactivismul şi chiar inerţia motorie, care, alături de apatie, explică şi hiposexualitatea în cadrul căreia sunt evidente lipsa dorinţei şi a interesului pentru sexul opus. Kalus, Bernstein şi Siever (1993) descriu şi subliniază ţinuta inhibată, mohorâtă, lipsită de culoare şi aplomb a schizoidului, la care se asociază însă un anumit nivel de sensibilitate.

În sens psihodinamic, raporturile parentale sunt deficitare afectiv ca intensitate şi frecvenţă, inducând astfel hipotrofia abilităţilor sociotrope.

Concepţia despre sine a schizoidului: „Sunt nepotrivit pentru viaţă, deci nu am nevoie de nimeni şi totul mi-e indiferent!". Concepţia despre lume: „Viaţa este complicată şi, uneori, periculoasă, iar dacă o să păstrez distanţa faţă de cei din jur, voi evita suferinţa şi pericolele!".

Personalitatea schizoidă este cel mai dificil de diferenţiat de cea schizotipală şi de cea evitantă. În primul caz se întâlnesc nu doar simptome din seria celor negative, ci şi de tip productiv sau pozitiv, în timp ce evitantul – spre deosebire de schizoid – trăieşte anxios şi mereu frustrat nevoia de intimitate, de apropiere faţă de persoanele din jur.

Reperele dominante ale diagnosticului diferenţial sugerează existenţa a două variante sau subtipuri ale tulburării de personalitate schizoide. Unul este foarte apropiat de structura schizotipală, în sens psihodinamic, fiind prezente fragmentarea eului, deci a identităţii, mecanisme defensive primitive şi o deficitară capacitate de raportare şi de integrare a realităţii obiective. Cea de-a doua variantă - cu un nivel de sensibilitate mai ridicat – corespunde tulburării de personalitate depresive şi, sub aspect clinic, asociază şi trăsături de serie obsesiv-compulsivă derivate din disfuncţionalitatea vieţii intime. Ele se manifestă prin fantezii erotice şi prin pervertirea modalităţii de desfăşurare a actului sexual sau/şi substituirea subiectului acestuia. Coloratura emoţională integrabilă acestei structuri personologice oferă şansa abordărilor psihoterapeutice. Ele pot fi eficiente atunci când, pornind de la prelucrarea experienţelor biografice negative din copilăria precoce, se adresează deficitului abilităţilor relaţionale şi comunicative, considerat ca un act de voinţă.

TP schizoidă, ca şi cea paranoică sau cea obsesiv-compulsivă, are un stil emoţional controlat – expresie majoră a nepăsării şi replierii spre lumea interioară –, în timp ce TP schizotipală, de tip borderline şi evitantă le este propriu un stil emoţional evitant.

5.2.3. *Tulburarea de personalitate schizotipală*

Este caracterizată printr-un comportament excentric, dominat de bizarerii şi percepţii distorsionate ale propriei persoane şi ale ambianţei – din spectrul depersonalizării şi derealizării –, care întreţin un deficit relaţional şi adaptativ cvasiconstant.

În plan perceptual, sunt definitorii experienţele insolite, adeseori de tipul iluziilor corporale, a pseudohalucinaţiilor şi a fenomenelor de percepţie delirantă. Sunt patognomonice *fading*-ul mintal, episoadele de ambivalenţă, tendinţele ruminative şi ideile insolite, acontextuale. Gândirea este dominată de raţionamente magice, idei de referinţă şi o multitudine de superstiţii. Interpretările de factură parapsihologică, autoatribuirea de anumite capacităţi în acest sens cultivă suspiciozitatea patologică şi sentimentul adevărului propriu. Limbajul îşi păstrează coerenţa, dar este bizar, cu neologisme şi paralogisme intercurente.

Rigiditatea afectivă şi răspunsurile emoţionale paradoxale se alătură binomului hipersensibilitate-detaşare şi accentuează stranietatea conduitei. Comportamentul e dominat de excentricităţi, manierisme şi bizarerii, fiind variabil nuanţat, iar relaţiile interpersonale sunt sărace şi superficiale, caracteristice strategiile de evitare a anturajului uman, cu excepţia rudelor de gradul I. Sunt decrise şi multiple fenomene fobice care întreţin cu precădere o anxietate socială accentuată şi, de asemenea, este evidentă inconstanţa în rolurile familiale şi profesionale, celibatul, separarea şi divorţurile fiind aproape o regulă.

Aceste particularităţi pot aparţine stărilor prodromale din schizofrenii şi nu se regăsesc ca delimitări ale unei structurări patologice a personalităţii în ICD-10.

Familia parentală confirmă răceala sau respingerea din partea părinţilor. Concepţia despre sine: „Sunt altfel decât cei din jur. Mă simt gol, inferior, schimbat, nesigur". Concepţia despre lume: „Lumea este ciudată, neobişnuită, iar ceilalţi au intenţii aparte cu

mine, care mă obligă să fiu prudent!". Stabilitatea manifestărilor perceptuale şi cognitive rămân definitorii pentru această structură personologică.

Tulburarea de personalitate schizotipală este cel mai recent integrată clusterului A, fiind analizată prin prisma determinismului genetic comun cu schizofreniile, precum şi prin reliefarea unor structuri de serie discordantă (Kety, 1983).

Siever, Bernstein şi Silverman (1991) abordează raporturile cu tulburarea de personalitate de tip borderline şi cu alte tulburări de personalitate, dar şi cu psihozele schizofrenice.

Janorini, citat de aceiaşi autori, descrie în 50% din cazuri interferenţe între TP schizotipală şi cea de tip borderline, în sensul prezenţei unor simptome *psychotic-like*. Ele sunt mult mai stabile şi mai bine delimitate de patofenomenele afective în primul caz, dar sunt constant încadrate de anxietate, depresie sau fobii la personalitatea de tip borderline. Trăsăturile schizotipale pot sugera, de asemenea, o TP obsesiv-compulsivă, corespunzător deficitului de modulare afectivă, ideilor intruzive bizare sau anxiogene, inabilităţii în relaţiile interpersonale, întreţinută şi de rezistenţa încăpăţânată la iniţiativele celor din jur. Raporturile cu TP evitantă sunt dominate de persistenţa fobiilor sociale, indiferent de atitudinea anturajului. Personalitatea depresivă şi tulburările depresive interferează, de asemenea, cu structura schizotipală, comorbiditatea dintre ultimele două fiind descrisă de Siever *et al.* (1991), pentru mai mult de 50% din cazuri. În acelaşi cadru, evoluţia spre schizofrenie a TP schizotipale este descrisă de McGlashan (1986) în 17% din cazuri.

5.3. Tulburările de personalitate de cluster B

5.3.1. *Tulburarea de personalitate antisocială*

Aceasta se diagnostichează după vârsta de 18 ani şi este precedată de dificultăţi adaptative semnificative cu o durată de minimum trei ani, ele fiind descriptibile din primele faze ale socializării, cu mult înaintea vârstei de 15 ani.

Detaşarea emoţională – spre deosebire de TP de tip borderline şi TP narcisică – este patognomonică cu minime abilităţi de ataşament interpersonal. Alături de nivelul redus de anxietate, acestea dezavantajează comunicarea şi relaţia terapeutică în context cu aceleaşi personopatii. Aceste atribute structurale sunt integrate chestionarului PCL (Hare, 1991). Raporturile emoţionale sunt limitate, presupunând ignorarea semnificaţiilor afective ale limbajului şi acţiunilor. Ca urmare, sunt mereu descriptibile manifestări afective anarhice care cultivă conduite ostile.

Egofilia şi aroganţa întreţin inabilitatea de a stabili raporturi interpersonale mediate empatic şi sentimente lipsite de profunzime şi respect reciproc. Este descris uneori un stil superficial şi rapid, întrerupt de comentarii caustice. Pe fondul unei reduse toleranţe la frustrare, sunt frecvente iritabilitatea şi impulsivitatea manifestă, fără vreo motivaţie aparentă.

Antisocialul ignoră expectaţiile şi drepturile celor din jur, precum şi normele comunitare. Sunt definitorii comportamentul manipulativ şi dominator faţă de anturaj, cu apel constant la minciună şi şantaj, dar şi cu atragerea acestuia în acte îndreptate împotriva celor din jur. Atitudinile rigide evită intimitatea şi întreţin o cvasipermanentă stare de alertă şi tensiune intensă şi ambientală, cu manifestări impulsive îndreptate cu precădere asupra familiei şi persoanelor din anturajul imediat. Ostilitatea în raporturile interpersonale se materializează adeseori, spre deosebire de TP narcisică şi TP de tip borderline, în cazul cărora ea poate fi transpusă în planul imaginativ.

Tendinţa de a controla anturajul capătă uneori un aspect compulsiv, în perioadele de vulnerabilitate crescută dominate de anxietate şi depresie existând însă o semnificativă deschidere spre relaţia terapeutică. Abilitatea de a-i denigra şi învinovăţi pe cei din jur se împleteşte cu incapacitatea de a întreţine relaţii sociale durabile, deşi, adeseori, le iniţiază cu dificultate. Alături de absenţa duioşiei şi a umorului, este evidentă lipsa complexelor de vinovăţie şi remuşcare corespunzătoare suferinţelor sau pierderilor provocate anturajului, cu orientarea spre împlinirea necondiţionată şi rapidă a propriilor dorinţe şi nevoi de factură strict egocentrică.

Concepţia despre sine: „Sunt unic şi omnipotent!". Concepţia despre lume: „Cei din jur există pentru a-mi servi interesele!".

Pot fi conturate câteva subtipuri de TP antisocială cu atribute dominante care, simultan, le apropie şi le diferenţiază de celelalte tulburări de personalitate din clusterul B, dar şi de TP paranoică. Sunt astfel descriptibile manifestări psihocomportamentale din seria grandorii, autoreferinţei şi aroganţei, care asociază tendinţe manipulative şi un stil non-empatic, asemănătoare reperelor TP narcisice. Farmecul şi emoţiile superficiale, promiscuitatea sexuală şi exprimarea expectaţiilor negative în raport cu cei din jur reprezintă interferenţele histrionice. În acelaşi context se plasează şi ignorarea riscului, căutarea noului şi impulsivitatea.

Mai pot fi descrise şi variante structurale dominante de intransigenţă, stil caustic, hipercriticism, suspiciozitate, ostilitate şi agresivitate paroxismală, care pot fi raportate la TP paranoică şi TP sadică. Comportamentul acuzator, tiranic şi destructivitatea, întreţinute de cruzime, pot ocupa o poziţie similară în acest context (Millon şi Davis, 1998).

Rezultă, ca atare, o comuniune de criterii de factură dominant morală şi comportamentală care definesc o structură personologică cu cele mai precoce manifestări din perspectivă temporală şi care afectează cu precădere sexul masculin. Dominantele ei pot fi privite

ca expresii sau extreme caricaturale ale trăsăturilor psihologice masculine. Cele mai recente dezbateri personologice identifică conceptul de *TP antisocială* cu cel de *psihopatie* (Millon, Simonsen, Birket, Smith şi Davis, 1998). Acesta integrează trăsături dominante cu determinism biologic, dar ale căror manifestări clinice sunt condiţionate social şi cultural. Ele aparţin unui model structural personologic foarte bine definit, dar dezavantajat – în sens categorial – de dispersia criteriilor care sunt integrabile majorităţii sindroamelor psihopatologice, datorită, printre altele, şi tendinţelor toxicomanice şi potenţialului anxiogen şi depresogen.

Orice alianţă terapeutică este iluzorie în cazul TP antisociale.

5.3.2. *Tulburarea de personalitate de tip borderline*

Aceasta integrează o accentuată instabilitate afectivă, a imaginii de sine şi comportamentului, cu tendinţe spre acţiuni impulsive şi ignorarea consecinţelor acestora. Sunt menţionate următoarele criterii diagnostice:

- imagine de sine instabilă sau distorsionată, asemănătoare, de altfel, percepţiei sensurilor propriei existenţe şi sentimentului cronic de vid interior;
- ideaţia paranoidă tranzitorie şi manifestările disociative severe legate de stres se asociază cu eforturile majore de evitare a unui abandon real sau imaginar care întreţin relaţii interpersonale intense dar instabile ce pot fi alternativ idealizate sau ignorate. Există o instabilitatea afectivă marcată cu episoade anxioase şi disforice ce pot dura câteva ore sau chiar câteva zile;
- impulsivitatea manifestă în cel puţin două sectoare conectate la integritatea personală, precum alimentaţia compulsivă, viaţa sexuală, abuzul de substanţe sau şofatul iresponsabil, se racordează conduitelor autovătămătoare şi suicidare recurente. Sunt

caracteristice atitudinile provocatoare şi intoleranţa în relaţiile interpersonale, din cauza furiei de nestăpânit care poate favoriza şi acte suicidare (Zanarini, Gunderson, Frankenburg şi Chauncey, 1989).

Sunt descrise drept condiţii agravante: incestul transgenerational înaintea vârstei de 10 ani, cruzimea parentală, ostilitatea cronică şi alte trăsături antisociale şi schizotipale în familia părinţilor.

Conform ICD-10, se disting două subtipuri ale unei personopatii instabile afectiv: de tip impulsiv, respectiv de tip borderline. Prima corespunde următoarelor criterii:

- labilitate afectivă cu paroxisme disforice şi agresive imposibil de controlat;
- tendinţă marcată spre acţiuni imprevizibile şi violenţă, cu ignorarea consecinţelor care se manifestă cu intensitate mărită în condiţii de cenzură sau coercitive;
- dificultăţi în iniţierea şi continuarea unor acţiuni a căror împlinire nu produce satisfacţii imediate.

Subvarianta de tip borderline implică:

- dificultăţi de autopercepţie şi instabilitatea imaginii de sine, a scopurilor şi valorilor personale, inclusiv în planul sexualităţii;
- senzaţia cronică de vid interior;
- incapacitatea de a întreţine relaţii interpersonale stabile, însoţită de frecvente paroxisme afective;
- eforturile intense de evitare a abandonului;
- acţiunile autovătămătoare recurente.

Principalele criterii diagnostice sunt simptome, şi nu trăsături caracteriale, din cauza asocierii cvasiconstante cu tulburări ale Axei I – depresie, anxietate, anorexie, bulimie, TP obsesiv-compulsivă, tulburări disociative, abuz de substanţe.

Sunt de subliniat interferenţele cu alte tulburări de personalitate de cluster B, în primul rând cu TP histrionică. Ele corespund instabilităţii imaginii de sine, labilităţii afective şi eforturilor de prevenire a abandonului din partea anturajului. Prin acestea din urmă, ca şi prin deficitul de autostimă şi senzaţia cvasiconstantă de îngrijorare şi tensiune, personalitatea de tip borderline se raportează la personalitatea anxios-evitantă. Teama de abandon este un atribut comun şi personalităţii dependente. Deficitul stimei de sine şi cel relaţional sunt, de asemenea, puncte comune cu atributele dominante ale personalităţii depresive.

Concepţia despre sine: „Am o senzaţie de gol interior, de disconfort continuu". Concepţia despre lume: „Nu-i suport, dar nu pot trăi fără oamenii din jur".

Dintre tulburările de personalitate de cluster A, TP schizotipală este cea mai apropiată, corespunzător fenomenelor de depersonalizare şi derealizare, de dificultăţile de socializare şi manifestările psihotice tranzitorii. Interferenţele dintre TP de tip borderline şi cea schizotipală sunt confirmate şi de constelaţia etiopatogenetică dominată de reperele vulnerabilităţii endogene, incluzând experienţele biografice negative ale copilăriei. Instabilitatea sinelui, tendinţele autodistructive, teama de singurătate şi stilul resentimentar permit conexiuni cu stările de stres posttraumatic cronicizate, deci cu o variabilă de o gravitate aparte a caracteriopatiilor secundare. În ansamblu, TP de tip borderline se detaşează prin gravitatea manifestărilor psihopatologice şi a deficitului adaptativ, din cauza ratei înalte de comorbiditate cu celelalte tulburări de personalitate (Gunderson, Zanarini şi Kisiel, 1991; Zanarini, 2005).

5.3.3. *Tulburarea de personalitate histrionică*

Principalele criterii diagnostice includ: un stil hiperexpresiv, teatral, seducător, erotizant şi manipulativ, care invocă atenţia celor din jur. Imaginea de sine instabilă întreţine un disconfort psihic intens în toate situaţiile în care nu se află în centrul atenţiei sau al preocupărilor persoanelor din jur.

Strategiile cognitive sunt superficiale, iar raţionamentele facile, cu evitarea incursiunilor introspective, în timp ce limbajul este colorat, bombastic, dar sărac în detalii. Viaţa afectivă este, de asemenea, dominată de trăiri superficiale şi puţin stabile, dar intens exprimate în sensul demonstrativităţii.

Comportamentul poartă amprenta egocentrismului, hedonismului şi a unui farmec superficial, constatându-se în mod cvasipatognomonic o notă de falsitate, de inautenticitate („ca şi cum"), cu afişarea unei faţade avantajante pentru sine. Este, de asemenea, evidentă şi stabilă sugestibilitatea conduitei şi prin intermediul suprasemnificării intimităţii în raporturile interpersonale, care, de altfel – din partea celor din jur –, sunt inconstante şi puţin nuanţate în condiţiile în care aceştia sunt obligaţi să tolereze sau să ignore manifestările de serie histrionică.

Copleşit de dorinţa de a se valoriza prin hiperexpresivitate şi acţiuni captivante, histrionicul îşi confirmă mereu dezinteresul pentru lumea din jur, care este percepută ca indiferentă, ostilă sau ca o sursă permanentă de situaţii neplăcute.

Având mereu ca punct de plecare problematizanta stimă de sine, histrionicul are uneori tendinţa de a-şi desconsidera anturajul de care rămâne totuşi dependent. Este evidentă lipsa de curiozitate, creativitate şi răbdare, în sensul perseverenţei şi conştiinciozităţii. Multe personalităţi histrionice sunt *in love with love*, şi manifestă preocupări estetice exagerate (Bornstein, 1998; Shopshire şi Craik, 1996).

Intensitatea şi diversitatea manifestărilor TP histrionice depind de nivelul educaţional şi cultural. Determinismul acestei caracteriopatii

apelează atât la repere psihanalitice – în primul rând la fixaţiile libidinale –, cât şi la factorii socioculturali prin personogeneza viciată de raporturile dezavantajante din familia parentală, ca şi de modele comportamentale sau tradiţiile culturale şi mentalităţile colective cu semnificaţii hiperprotective sau represive. Ca rezultantă, la nivel individual se conturează o imaturitate psihoafectivă şi comportamentală proprie TP histrionice. Uneori şi suferinţele somatice precoce instalate pot cultiva trăsăturile histrionice.

Ca subtipuri ale acestei structuri personologice pot fi descrise următoarele: teatral, manierat, liniştit (afişând sacrificiul de sine), vivace-fermecător, manipulativ-nesincer, impulsiv-necontrolat, infantil--labil şi supărăcios.

Concepţia despre sine: „Nu mă simt bine singur". Concepţia despre lume: „Trebuie, cu orice mijloace, să mă fac remarcat".

După Pfohl (1991), principalele interferenţe apar cu celelalte tulburări de personalitate de cluster B, în primul rând cu TP de tip borderline, de care cea histrionică se deosebeşte în primul rând prin funcţionarea la un nivel nevrotic – în sens psihanalitic –, dar şi prin superficialitatea trăirilor afective şi demonstrativitate. Sunt de menţionat interferenţele cu tipul infantil al TP de tip borderline, descris de Kernberg. Asemănările cu TP antisocială se regăsesc în sectorul supraeului, corespunzător unei moralităţi conjuncturale, care nu atinge nivelul imoralităţii stabile şi funciare a antisocialului, precum şi în racordarea cognitivă la atitudinile anturajului în intenţia manipulării lui (Pfohl, 1991).

Conform opiniei lui Zetzel (1968), există o TP histrionică „benignă", raportabilă la TP narcisică, şi una „malignă", analizată în raport cu TP de tip borderline şi cea antisocială.

În formele sale cu manifestări tipice, TP histrionică poate fi privită ca o expresie extremă, caricaturală a trăsăturilor psihologice ale sexului feminin, fiind, de altfel, una dintre caracteriopatiile descriptibile cu precădere la femei.

5.3.4. *Tulburarea de personalitate narcisică*

Ea integrează atributul grandorii şi pe cel al unei exacerbate autostime, nevoia imperioasă de admiraţie, însoţită însă de un comportament lipsit de empatie. Stima de sine exagerată şi sentimentul superiorităţii şi grandorii personale, care se manifestă în ţinută, vestimentaţie, rolurile vieţii, sunt patognomonice. Narcisicii sunt foarte afectaţi de nereuşite sau de indiferenţa anturajului care induc intense senzaţii de ruşine şi umilinţă.

Sunt, de asemenea, caracteristice convingerile şi expectaţiile impenetrabile legate de calităţile personale deosebite şi de superioritatea pe care acestea o conferă în raporturile cu anturajul, precum şi fanteziile expansive nelimitate pe temele succesului, puterii şi farmecului personal, care îi conferă statutul unei personalităţi cu totul speciale, chiar unice. Cu cât sentimentul grandorii personale e mai stabil, cu atât narcisicul e mai adaptabil; în situaţia opusă, se asociază trăsături de tip borderline care agravează deficitul adaptativ.

Tendinţele manipulativ-dominatorii din relaţiile interpersonale nu pot fi altfel orientate decât spre satisfacerea propriilor dorinţe. Comportamentul arogant invocă admiraţia celor din jur, în contrast cu faptul că narcisicul este el însuşi invidios, dar se consideră invidiat pentru calităţile sale. El caută şi obţine succesul doar în acele profesii care îi cultivă dominantele structurale, iar comportamentul este constant hiperpragmatic, cu intoleranţă la critică. Narcisicul mimează aderenţa la normele şi valorile comunitare, având o moralitate conjuncturală, iar plictiseala şi detaşarea de cei din jur, întreţinute de sentimentele de invidie şi ostilitate, îl caracterizează şi în situaţiile cele mai favorabile.

Tendinţele de a simpatiza, de a se apropia de persoane importante sau de a agresa şi domina în mod selectiv persoanele considerate lipsite de valoare sunt expresia trăsăturilor dezavantajante: nesiguranţa şi laşitatea.

Sunt descrise două stiluri narcisice : unul hipervigil şi cu tenacitate scăzută, ca expresie a unui eu fragil şi empatic, respectiv unul dominator şi tenace, corespunzător unui eu bine structurat, care nu este vulnerabil decât la manifestări de invidie şi sfidare (Gabbard, 1983).

În ICD-10, TP narcisică nu are corespondent.

Principalele repere etiopatogenetice le regăsim în teoria psihanalitică (Freud, 1914).

Pornind de la cele două subtipuri structurale narcisice – pasiv--astenic, respectiv activ-hiperstenic, descrise de Millon şi Davis (1998) –, ultimul trebuie raportat la TP antisocială, fiind considerat chiar unul dintre subtipurile acesteia (Cîmpan şi Nireştean, 2004). Narcisicul stenic se mobilizează în scopul recuperării sau redobândirii unor drepturi şi avantaje pe care şi le arogă conform grandorii sale, reuşind în schimb să fie satisfăcut într-o anumită măsură. Oricâte împliniri ar trăi în acest sens, antisocialul rămâne un revendicativ nemulţumit. Superioritatea intrinsecă a narcisicului este înlocuită, în acest caz, cu sentimentul de incompletitudine şi de nesiguranţă ce corespund convingerii că el este inferior celorlaţi şi marginalizat social.

Trăsăturile narcisice se regăsesc deci atât la tulburarea de personalitate antisocială, cât şi la tulburarea de personalitate histrionică, în sensul dependenţei de anturaj şi a comportamentului manipulativ. Sunt descrise şi interferenţele cu TP obsesiv-compulsivă, în baza excesului de orgoliu şi al autostimei, tendinţelor demonstrative şi lipsei de empatie. Gunderson *et al.* (1991) pledează pentru dificultăţile diagnosticului categorial care contrastează cu prevalenţa atributelor narcisice din practica clinică.

5.4. Tulburările de personalitate de cluster C

5.4.1. *Tulburarea de personalitate evitantă*

Are drept dominante structurale sentimentul insuficienţei personale, inhibiţia marcată în raporturile sociale şi o sensibilitate exagerată la orice comentariu negativ adresat sau la critică. Aceste atribute sunt centrate pe raportul nevoie-teamă al individului. Sunt caracteristice stima de sine scăzută şi tendinţa de autodevalorizare în orice situaţie. Evitantul adoptă strategii cognitive de factură micromanică, având drept scop evitarea criticii sau a respingerii din partea anturajului şi a implicării în situaţii de viaţă problematice. Are, de asemenea, tendinţa de a amplifica realitatea personală în sens negativ şi pe cea exterioară în sens pozitiv. Îi sunt proprii asociaţiile superficiale pe fondul hipervigilităţii, dar şi amnezii selective asupra psihotraumelor.

Eul hipotrofiat întreţine în plan afectiv timiditatea şi emoţii negative persistente, alături de o anxietate îndreptată spre sine. Sunt descrise numeroase fobii, predominant de factură socială. Depersonalizarea este mereu prezentă, îndeosebi sub forma senzaţiilor de înstrăinare şi decolorare a propriilor trăiri afective.

Motivaţional îi este caracteristică ambitendinţa, în sensul dorinţei de a fi acceptat de cei din jur, dar cu păstrarea distanţei. Se autoprotejează de o potenţială rejecţie şi, deşi are aptitudini, evită să le folosească. Are un elaborat comportament de evitare a contactelor sociale, atunci când suspectează faptul că nu este dorit sau acceptat. Stilul personal este retras, neîncrezător, supracontrolat, puţin activ, manierat, adeseori bizar. Reţinerea accentuată în relaţiile interpersonale este însoţită de teama de a nu fi ridiculizat, teamă care se extinde şi asupra raporturilor profesionale în cadrul cărora adoptă o poziţie pasivă şi repliată, care să îl facă să fie ignorat. Cel mai important scop rămâne garantarea siguranţei personale. Iniţiativele personale sunt rare, cu evitarea constantă a situaţiilor noi şi a asumării inclusiv

a unor riscuri minore. Neofobia este patognomonică şi accentuează teama de orice responsabilitate a evitantului. Comportamentul evitant poate fi condiţionat cultural, aşa cum se întâmplă în cazul imigranţilor.

Dinamica structurală evitantă este racordabilă unei atitudini parentale de genul: „Nu te acceptăm, ceilalţi nici atât", care favorizează binomul hiperprotecţie-depreciere şi cultivă sentimentul autodevalorizării.

Concepţia despre sine – „Sunt diferit, nepotrivit şi temător de a nu fi respins" – favorizează anxietatea, fatigabilitatea şi spiritul autocritic. Concepţia despre lume – „Viaţa e nedreaptă, cei din jur mă critică, dar aş dori pe cineva care să mă accepte" – cultivă hipervigilenţa, iar dacă expectaţiile nu se confirmă, refugiul în imaginar.

Stadial, Bernstein şi Travaglini (1993) descriu o serie de atribute care însoţesc etapele vieţii. Astfel, copilăria are ca repere iritabilitatea, ataşamentul viciat şi refuzul şcolar. În adolescenţă sunt evidente tristeţea, izolarea şi stilul pasiv-agresiv. În perioada de adult tânăr, se accentuează comportamentul evitant cu un deficit adaptativ crescut, iar la adultul matur are loc stabilizarea statutului evitant (Bornstein, 1999). Se conturează un cerc vicios în cadrul căruia:

teamă de respingere → hipervigilitate → sociabilitate scăzută cu viziuni catastrofice → creştere a vigilităţii → creştere a autocompătimirii → intensificare a comportamentului evitant.

Atributele dominante ale TP evitantă interferează în cea mai mare măsură cu cele ale TP dependente. Aceasta, spre deosebire de TP evitantă – care doar le doreşte –, iniţiază relaţii interpersonale, dar nu le poate întreţine sau continua. Faptul se explică, în sens psihodinamic, prin substimularea în prima copilărie, care întârzie procesul de separare şi de individuaţie. Pacienţii descriu faptul că „se simt răsfăţaţi de atitudinea celor din jur şi suferă, obligaţi fiind să nu facă nimic pentru ei înşişi". Faptul poate avantaja sau nu relaţia

terapeutică. Raportarea la TP schizoidă confirmă că în cazul acesteia lipseşte anxietatea, comportamentul fiind dominat de indiferentism în relaţiile interpersonale şi de absenţa tendinţelor de autodevalorizare. Sunt de menţionat şi interferenţele cu TP de tip borderline pe terenul nesiguranţei şi al fricii de abandon, dar această structură personologică are tendinţa de a se angaja în relaţii intense şi instabile. Evitantul se angajează uneori cu dificultate în relaţia terapeutică, dar se poate dărui necondiţionat recomandărilor derivate din aceasta.

5.4.2. *Tulburarea de personalitate dependentă*

Este caracterizată printr-o stimă de sine scăzută şi prin nevoia de a fi îngrijit şi sprijinit. Se structurează astfel un comportament docil şi adeziv, precum şi teama de separare. Dependentul are autoreprezentări negative în plan cognitiv, pe teme de ineficienţă şi inferioritate în raport cu cei din jur. Este dominat de preocupări ilogice şi ruminaţii legate de teama de a fi lăsat să se descurce singur, însoţită de convingerea că este incapabil să o facă. Este evidentă incapacitatea de decizie sau elaborarea unor planuri de viaţă, pentru iniţierea cărora transferă întotdeauna responsabilitatea asupra celor din jur.

În plan afectiv, domină anxietatea socială şi de performanţă şi teama de abandon, la care se adaugă tendinţa de a căuta imediat o altă persoană protectoare atunci când precedenta legătură interpersonală eşuează. Apare o senzaţie de disconfort intens şi neajutorare în condiţii de singurătate, cu ipsofobie şi teamă de abandon.

Sunt evidente încercările permanente de a obţine ajutorul celorlalţi, pe care nu-i poate contrazice în nici o situaţie. Dependentul este în stare chiar şi de lucruri neplăcute sau umilitoare pentru a le fi pe plac acestora, pentru a le obţine şi păstra cât mai mult sprijinul. Îşi poate schimba brusc preferinţele atunci când li se pare că sunt ignoraţi de cei din jur. Îşi subordonează nevoile personale celor ale

persoanei de care se simte dependent, cu supunerea necondiţionată la dorinţele acesteia. Comportamental afişează un stil dedicat unei cât mai agreabile şi eficiente autoprezentări, cu linguşiri şi rugăminţi, dar evitând manifestări prea zgomotoase. Dar cu toate că evită contrazicerile, uneori dependentul se descătuşează vociferând. Deşi nu are iniţiative personale, această structură personologică poate să se impună în profesii şi colective medicale şi de cercetare. Stilul dependent se accentuează cu vârsta, iar la cei cu realizări, la vârsta a treia.

Concepţia despre sine: „Sunt incapabil să mă descurc singur!". Concepţia despre lume: „Cei din jur mă ignoră şi se feresc de mine!".

Trăsăturile de tip dependent se dezvoltă pe terenul vicierii ataşamentului, în sensul dificultăţilor de separare atât faţă de figurile parentale, cât şi faţă de imaginile internalizate ale acestora. Dependentul – de o pasivitate extremă – este incapabil să decidă separarea de figurile parentale. Atunci când în relaţia cu partenerul de viaţă nu găseşte dragostea şi sprijinul dorit, personalitatea dependentă se „refugiază în sine", trăind anxios şi fobic roluri existenţiale prezente sau trecute. Comorbiditatea cu tulburările Axei I este, în aceste condiţii, cel mai bine reprezentată prin tulburările de personalitate de cluster C.

TP dependentă interferează şi cu TP de tip borderline (prin teama de respingere şi abandon) şi cu TP evitantă prin stima de sine scăzută, sensibilitatea exacerbată la critică şi nevoia de siguranţă şi aprobare. Ultimele două atribute sunt comune şi TP histrionice (Hirschfeld, Shea şi Weise, 1991). TP de tip borderline este, în schimb, inconsecventă cu sine însăşi, TP evitantă refuză relaţiile sociale, iar TP histrionică trăieşte non-anxios roluri demonstrative şi suprasemnificante (Baltes, 1996; Zuroff *et al.*, 1995).

Personalităţile de tip dependent pot fi uşor integrate unor relaţii terapeutice şi respectă cu rigurozitate programul reabilitativ.

5.4.3. *Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă*

Este dominată de un autocontrol exagerat asupra propriilor acţiuni, dar şi asupra relaţiilor interpersonale, pe fondul unor strategii cognitive bazate pe o rigoare extremă, meticulozitate şi perfecţionism. Sunt caracteristice rigiditatea cognitivă şi comportamentală alături de preocuparea excesivă pentru ordine şi detalii care culminează în ignorarea scopului real al acţiunilor. Meticulozitatea exagerată fundamentează absolutizarea ordinii şi a programării diverselor activităţi personale. Individul are raţionamente elaborate, minuţioase, care vizează detaliul, amănuntul şi ignoră scopul principal cu o evidentă lipsă de flexibilitate şi spontaneitate ideativă. Ambivalenţa şi nesiguranţa de sine, teama de erori şi de orice fel de pierderi cultivă frustrările şi întreţin conflicte intrapsihice persistente. Au tendinţa de a absolutiza amănuntele şi de a păstra sau colecţiona lucruri care nu mai au nici măcar o valoare sentimentală.

Este descrisă o tensiune permanentă în încercarea de a-şi controla impulsurile negative, precum şi frecvente gânduri şi impulsuri intruzive anxiogene. Prudenţa şi nesiguranţa accentuată întreţin pedanteria, serviabilitatea şi aderenţa la normele şi convingerile sociale. Ca urmare, sunt cultivate aparenţele, iar regulile colectivităţii oferă siguranţă obsesiv-compulsivului şi îl fac să se simtă el însuşi. În acest sens, lipsa de imaginaţie şi meschinăria conferă aparenţele austerităţii, hipercriticismului şi atributul de purtător al simbolurilor dreptăţii şi corectitudinii. Sunt proprii obsesiv-compulsivului implicarea necondiţionată în activităţi, cu neglijarea relaxării, şi asumarea tuturor responsabilităţilor în baza convingerii că ceilalţi nu sunt capabili să execute indicaţiile personale, singurele valabile. În profesie şi în relaţiile interpersonale sunt dominatori faţă de subordonaţi şi sensibili, linguşitori faţă de superiori. Evită intimitatea care le-ar produce frustrări sau chiar i-ar face să-şi piardă autocontrolul, fapt de neconceput. Au senzaţia că nu fac niciodată destul; resimt

oboseala cronică şi incapacitatea de a se relaxa şi bucura. Încăpăţânarea şi zgârcenia sunt congruente dorinţei de câştig, însoţită însă de ignorarea confortului şi de acumulări materiale care vizează prevenirea oricăror neajunsuri în viitor.

Inflexibilitatea morală şi axiologică a acestei structuri personologice sunt expresia triadei compulsive – *nesiguranţa*, *sentimentul de vină* sau *culpabilitatea* şi *hiperresponsabilitatea*: „Nu mă critica pentru că o fac singur!".

Concepţia despre sine – „Pot face orice!" – este expresie a unui *super-ego* mult hipertrofiat. Concepţia despre lume – „Ceilalţi sunt iresponsabili!" – presupune două variante existenţiale: cea bună, pe care şi-o asumă integral, şi cea negativă, care-i implică necondiţionat pe cei din jur, care nu au voie să scape de sub controlul său.

Din perspectivă psihodinamică, structurarea anancastă a personalităţii este consecinţa pedepsirii tendinţelor copilului mic de a se murdări cu materiile fecale (Freud, 1908; Abraham, 1921).

Caracterul anal însoţit de certitudinea că părinţii nu l-au iubit şi valorizat suficient → dorinţe neîmplinite de dependenţă → anxietate îndreptată împotriva părinţilor care însă nu este acceptabilă conştient → strategii defensive cu izolare şi rigiditate emoţională.

Sunt de menţionat interferenţele cu TP evitantă şi dependentă, lipsite însă de hipertrofia supraeului şi de comportamentul dominator în raporturile interpersonale. Din perspectiva comorbidităţii cu bolile Axei I, distimia şi tulburarea obsesiv-compulsivă se află pe primele locuri ca frecvenţă. Ambele nuanţează trăsăturile TP obsesiv-compulsive, dar, pe de altă parte, favorizează acurateţea diagnosticării acesteia.

Obsesiv-compulsivii răspund mai bine la tratament decât cei afectaţi de TP evitantă, dar, uneori, tind să controleze singuri întregul program terapeutic.

Capitolul 6

Circumscrierea generală a tulburărilor de personalitate. Severitate şi compensare

6.1. Perspectiva psihiatrică şi cea non-medicală a tulburărilor de personalitate

Ceea ce în prezent este abordat şi studiat ca „tulburare de personalitate" este un domeniu ce s-a evidenţiat în cadrul psihiatriei, cu tradiţia ei azilară din secolul al XIX-lea, prelungită în spitalele secolului XX. Problema psihiatrilor a fost de a diferenţia această „entitate nosologică" de alte „boli psihice". Dar modalităţi excentrice şi problematice social de manifestare a personalităţii au fost descrise mereu de jurişti, istoriografi, cronicari, moralişti, romancieri, antropologi, doar cu vagi aluzii la ceea ce într-o sociocultură dată se înţelegea prin „nebunie" (Fabrega, 1994).

În prezent, tulburările de personalitate sunt obiectul unei preocupări medicale. Ele fac parte din nosologia psihiatrică, sunt incluse în sisteme oficiale de diagnostic, sunt descrise în cărţi de psihiatrie ca orice altă tulburare psihică, fac obiectul unor proiecte şi practici terapeutice medicamentoase şi psihoterapeutice. Excentricităţile şi particularităţile persoanei, comportamentele sale, mai mult sau mai

puţin aberante şi deviante sociocultural, constituie însă şi în prezent preocuparea unor psihologi, sociologi, politologi, criminologi, creatori de romane şi filme. Cele două incidenţe sunt complementare, se intersectează şi se suprapun parţial.

În sens medico-psihiatric, tulburările de personalitate sunt evaluate printr-un diagnostic, la fel ca orice boală. După 1980, în sistemul american DSM-III, ele au fost trecute pe Axa II de diagnostic, distinctă de tulburările psihiatrice episodice, diagnosticate pe Axa I. Dar în prima jumătate a secolului XX, Schneider afirmă că personalităţile psihopate diagnosticate de psihiatru, nu sunt totuşi boli, ci excentricităţi ale existenţei umane. Noţiunea de *diagnostic* poate fi folosită însă şi în sens larg, de exemplu, de sociologi şi politologi, când identifică o situaţie sociopolitică aparte, sau de criticul de artă, când evaluează o operă. Diagnosticul psihiatric îşi are însă specificitatea sa. În cazul tulburărilor de personalitate este necesar să se clarifice: a) dacă acestea există şi cât sunt de intense; b) de ce tip sunt sau ce caracteristici de stil expresiv configurează.

Diagnosticul unei tulburări de personalitate nu e o problemă simplă, ci presupune o înţelegere de ansamblu a personalităţii, motiv pentru care şi insistăm asupra caracterizării sale generale, dincolo de aspectele tipologice.

Semnificaţiile speciale ale Axei II

Axa II din DSM-III şi DSM-IV surprinde şi semnifică, de fapt, problematica *terenului*. Terenul în medicină este un element deosebit de important al etiopatogeniei şi prognosticului. Medicina hipocratică l-a comentat din perspectiva celor patru umori, într-un sens unitar pentru medicina trupului şi sufletului. În secolul XX s-a insistat asupra terenului marcat sau predispus genetic, al celui slăbit din cauza malnutriţiei şi epuizării, asupra deficitului imunologic, a terenului sensibilizat alergic. În psihiatrie, după doctrina degenerescenţei din secolul al XIX-lea, au fost luate în considerare „stigmatele" ce indicau o sensibilitate crescută pentru unele boli psihice (Alexander,

1972). S-a vorbit de „constituţii" particulare, precum cea emotivă, astenică, epileptoidă şi schizoidă (Postel, 1983), ajungându-se în ultimele decenii la doctrina diateză/stres, la conceptul de vulnerabilitate crescută sau care poate creşte circumstanţial (Zuckerman, 1999) şi la cel de non-vulnerabilitate (Rutter, 1980). Tulburările de personalitate se înscriu în această paradigmă de gândire medico-psihiatrică referitoare la teren. Din punct de vedere istoric, la începutul secolului XX a fost descrisă de către Jaspers reacţia comprehensibilă. Pentru perspectiva terenului este exemplară concepţia lui Kretschmer (1949), care diferenţiază reacţiile psihopatologice produse de evenimente de viaţă trăite (*elerbnisreaction*) în:

a) reacţii suprapersonale, aşa cum sunt „reacţiile primitive" explozive sau conversiv-isterice, de leşin;
b) „reacţii ale personalităţii" (*Personlichketisreaction*), care apar la oameni predispuşi în mod specific, potrivindu-se acestora „ca şi cheia la broască".

Psihologia germană din timpul lui Schneider (1971) şi, după aceea, Petrilovitsch (1958), Binder (1964), Tellenbach (1983) a rafinat concepţia reacţiei comprehensibile a lui Jaspers, arătând că între terenul personalistic predispus şi evenimentul trăit în ecuaţie intră – în cazul apariţiei acesteia – şi momentul special al vieţii prin care trece individul, psihotraumele cumulate, oscilaţiile bio-psiho-ritmurilor, ciclurile vieţii şi, nu în ultimul rând, persoana ca ansamblu prin structura sa caracterială particulară, sensibilă şi prin particularităţile biografiei sale. Această nuanţare a *evaluării persoanei în ansamblu*, atât personologic, cât şi psihopatologic în cazul analizei oricărui episod psihiatric, a fost apoi uitată. După 1970, psihopatologia a refăcut în mare parte traseul, prin studierea evenimentelor de viaţă ce se cumulează, a stresorilor acuţi şi cronici ce se adaugă unul altuia, dar şi a reţelei de suport social, a satisfacţiilor de viaţă şi a factorilor protectivi în general. Toţi aceştia au fost corelaţi apoi cu

vulnerabilitatea (sau non-vulnerabilitatea) persoanei şi cu situaţia ciclurilor vieţii (Lăzărescu, 1994). În această ecuaţie, existenţa unei persoane patologice, a unei tulburări de personalitate capătă importanţă deosebită, motiv pentru care investigarea ei a şi fost introdusă în diagnosticul pe Axa II din DSM-III (1980) alături de evidenţierea evenimentelor stresante de pe Axa III. Doar că, perspectiva analizei terenului personalistic e mai largă decât aceste două componente.

Pentru psihiatrie, analiza terenului implică o dublă perspectivă: personologică şi psihopatologică. Aceasta presupune o lungă suită de aspecte, între care pot fi menţionate: încărcătura genetică, sexul, vârsta, istoria de viaţă biologică, parcurgerea etapelor dezvoltării psihologice ontogenetice mediate de relaţiile interpersonale formative, biografia în ansamblu, parcurgerea ciclurilor vieţii, inteligenţa nativă şi modelată de educaţie, fondul de cunoştinţe şi organizarea acestuia după liniile de forţă ale opiniilor, convingerilor şi credinţelor, structura şi tipologia caracterială, statutele şi rolurile sociale asimilate şi practicate, creativitatea şi opera realizată, împlinirea existenţială. Faţă de toate acestea, structurarea anormală, dizarmonică a caracterului, exprimată în tulburări comportamentale intepersonal-sociale - deci tulburări de personalitate –, reprezintă doar un aspect. Totuşi, „diagnosticul" psihiatric separat al acesteia are importanţă, deoarece atrage atenţia asupra terenului, asupra nevoii de a-l analiza mai atent. Astfel, „diagnosticarea" Axei II, deci a tulburărilor de personalitate, nu poate fi asimilată pur şi simplu unui diagnostic de boală, ci doar atenţionează asupra unui domeniu specific, perturbat, al existenţei *persoanei umane conştiente*.

6.2. Elemente de caracterizare generală a tulburărilor de personalitate

Din punct de vedere istoric, caracterizarea domeniului tulburărilor de personalitate a fost făcută în secolul al XIX-lea de către Pritschard, prin *moral insanity*, şi de Koch, prin *inferioritatea psihopatică* (Berrios, 1996). În secolul XX, Schneider se referea tot la un cadru general atunci când circumscria „personalităţile psihopate", care acum sunt descrise şi ca tipuri.

O caracterizare generală este susţinută în prezent de sistemele ICD-10 şi DSM-IV, distinct şi concomitent cu descrierea tipurilor categoriale. Ideea este subliniată de Cloninger, dar mai ales de Livesley (2000). Chiar când se acceptă un continuum între tulburările de personalitate şi normalitate, aşa cum fac adepţii psihologiei trăsăturilor – în special ai FFT –, autori de prestigiu insistă asupra necesităţii unei diferenţieri generice a tulburărilor de personalitate (Widiger, 2003). Problema e că o astfel de circumscriere nu se poate face doar în termeni medicali, invocând simptomele psihiatriei, ci în termeni personologici, de fapt ai psihologiei persoanei, limbaj care e firesc vieţii obişnuite şi e asimilat indirect de către psihopatologi.

Din caracterizarea generală a tulburărilor de personalitate face parte sublinierea duratei prelungite, practic permanentă, tulburarea manifestându-se de la începutul vârstei adulte şi persistând toată viaţa, fiind deci anevolutivă prin sine. Acest aspect o apropie de deficienţa mintală şi de orice defect al personogenezei. Defectul se referă acum la structura caracterială – la „personalitate" înţeleasă în sens caracterial –, fără a viza capacităţile cognitive, inteligenţa putând fi chiar superioară. În cazul autismului nu se dezvoltă capacitatea de comunicare interpersonală, emoţional verbală. Nici aceasta nu e, în principiu, deficitară la tulburările de personalitate, ceea ce permite inserţia în viaţa de zi cu zi, alături de alţi oameni. E afectată, în schimb, imaginea de sine şi raportarea interpersonal-socială. Rezultă un mod

de existenţă maladaptativ, disfuncţional, care se manifestă rigid în diverse medii şi circumstanţe.

O altă caracteristică evidentă a tulburărilor de personalitate – pe lângă durata ei de-a lungul întregii vieţi, începând cu vârsta de adult tânăr – este şi prezenţa unor manifestări psihice deviante, a unui comportament dezadaptativ, perturbator, „nociv", ce se exprimă în cursul desfăşurării obişnuite, zilnice, a vieţii în societate, în contextul unor relaţii interpersonal-sociale, care, deşi sunt perturbate, nu sunt întrerupte nicicând din cauza tulburărilor de personalitate. Nu e vorba de o tulburare care să izoleze persoana de comunitate pentru un timp delimitat, cum se exprimă Widiger (2003). În manualul său de evaluare a tulburărilor de personalitate, Tyrer (2000) insistă să se urmărească desfăşurarea vieţii curente a acestora, incluzând perioadele de relaxare, odihnă, vacanţe, hobby-urile, viaţa familială şi cea alături de vecini, cunoştinţe, prieteni, în cadrul programelor oficiale de muncă şi de afirmare socială. Pot fi semnificative modalităţile în care individul relaţionează cu alte persoane în intimitate, modul în care decurge căsnicia, felul în care îşi îngrijeşte copiii, stabilitatea domiciliului şi a muncii, în relaţiile cu cei cunoscuţi, varietatea şi profunzimea relaţiilor respective. Modalitatea acestor manifestări şi relaţionări în cursul cărora persoana nu e ruptă de ambianţă, de nişa ecologică umană, nu e „alături" de aceasta – ca în depresia majoră sau delir –, constituie o pânză de fond pe care se desenează forma, stilul devianţelor celor cu tulburări de personalitate.

În continuare, vom lua ca punct de plecare concepţia lui Livesley (1991 ; 2000 ; 2001 ; 2004). Autorul consideră că în cazul tulburărilor de personalitate e prezentă o disfuncţie dăunătoare (*harmful*) a achiziţiei structurii de bază a personalităţii ce constă în trei aspecte distincte, dar intercorelate :

- sistemul sinelui : eşecul în a stabili reprezentări stabile şi integrate (coerente) privitor la sine (*self*) şi alţii ;
- disfuncţie interpersonală indicată prin eşecul în a dezvolta relaţii de intimanţă, de a funcţiona adaptativ ca o figură de ataşament şi de a stabili relaţii afiliative ;
- eşecul de a funcţiona adaptativ în grupe sociale, de a dezvolta comportamente prosociale sau cooperative.

Patologia sinelui observată în tulburările de personalitate constă din aspecte disfuncţionale ale funcţionării sinelui, cogniţii maladaptative, deficit de integrare a diferitelor componente ale sinelui într-o structură coerentă. Se vorbeşte, de obicei, despre şase elemente ale patologiei sinelui : limite difuze, lipsa unei clarităţi şi certitudini a sinelui, un concept de sine labil, inconsistenţă şi fragmentare, lipsă de autonomie şi iniţiativă în acţiune, sens defectiv al sinelui. Sinele se structurează în ontogeneză introjectând *imago*-urile altora, în sensul în care teoria ataşamentului a lui Bowlby a analizat formarea „modelului intern de lucru" (*internal working model*), iar psihanaliza a descris introjecţia *imago*-urilor parentale a relativilor semnificativi. Subiectul se raportează la *imago*-urile altora introjectaţi, înainte de a se raporta la oamenii reali pe care îi întâlneşte. Aceste relaţionări interioare se formează în cursul ontogenezei, prin experienţa de viaţă dobândită, în sensul în care teoria cognitivă a lui Beck prezintă problema. Pe această perspectivă, Benjamin a organizat o evaluare a personalităţii şi o terapie a tulburărilor de personalitate. Deficienţa de coerenţă internă a sinelui se exprimă în disfuncţia identităţii. Widiger, un autor care pledează de decenii pentru o interpretare dimensională a tulburărilor de personalitate pe baza teoriei celor cinci mari factori (FFT), sublinia recent că aspectul esenţial al acestei perturbări este deficienţa de identitate a sinelui (*self*-ului, persoanei). Aceasta nu se manifestă doar la TP de tip borderline – la care e inclusă în criteriile de diagnostic –, ci şi la cea dependentă (ce nu poate exista fără a fi dirijată), la cea evitantă (ce nu poate fi asertivă în raport cu alţii), la cea obsesiv-compulsivă (ce are limite

difuze), la cea histrionică (ce adoptă variate identităţi), la cea narcisică (ce îşi construieşte o imagine fantezistă despre sine), la cea schizoidă (ce se resimte ca un „nimeni") ş.a.m.d.

Tot de patologia sinelui ar ţine tulburările de autodirecţionare a celor cu tulburări de personalitate, ce pot fi bine evidenţiate prin instrumentul TCI a lui Cloninger. Autodirecţionarea pe termen mediu şi lung în cadrul comportamentului se desfăşoară în mijlocul vieţii sociale. De asemenea, şi atributul „incapacităţii de a învăţa din experienţă", prezent la multe tulburări de personalitate, dar mai ales la cea antisocială. Desigur, sinele se cere – la acest nivel – înţeles într-un sens larg, ce cuprinde eul conştient şi, practic, toate structurile persoanei până la zona de inserţie interpersonal-socială.

Tulburările în direcţia *relaţiilor intepersonal-sociale* în cadrul tulburărilor de personalitate au fost amplu şi permanent discutate în literatură. Ele conduc la acel comportament maladaptativ, observabil de către alţii, apropiaţi, cunoscuţi sau chiar străini. Tulburarea relaţiilor interpersonale poate fi considerată patognomonică în tulburările de personalitate, aşa cum subliniază mulţi autori. Ea se bazează, desigur, pe structura distorsionată a sinelui în care ceilalţi sunt reprezentaţi, aşa cum s-a menţionat mai sus. Atitudinile interpersonale constant distorsionate pot fi investigate pe baza circumplexului interpersonal (Leary, Kiesler, Wiggins, Benjamin) şi caracterizate prin epitete. Se evaluează, de asemenea, „problemele interpersonale" ale celor cu tulburări de personalitate ca aspect generic şi faptic. Acestea apar în diverse circumstanţe, în familie, vecinătate, la muncă, în întâlniri conjuncturale. Oricum, ele sunt prezente în viaţa de zi cu zi şi exprimă disfuncţiile nocive ale tulburărilor de personalitate.

În planul relaţiilor interpersonale se evidenţiază deficienţa capacităţii de intimanţă, prietenie, dragoste, generozitate, precum şi cea de a funcţiona adaptativ ca o figură de ataşament şi, de asemenea, atitudini de dominanţă şi supunere exagerate, agresivitate, impulsivitate, suspiciune, manipulare, indiferenţă, toate intense şi disfuncţionale.

Acestea perturbă şi fac dificilă capacitatea de afiliere – care constituie una dintre cele două axe ale circumplexului interpersonal – şi, la fel, „cooperativitatea" – care e una dintre cele trei dimensiuni fundamentale ale caracterului după Cloninger – sau „agreabilitatea" – unul dintre cei cinci factori ai sistemului FFM. Toate sistemele dimensionale de caracterizare a personalităţii surprind, în felul lor, această perturbare esenţială a celor cu tulburări de personalitate. În acest plan se manifestă conflictualitatea, agresivitatea, sadismul şi, la fel, multe aspecte etice, de responsabilitate, grijă, compasiune, milă, ajutorare, neglijare, culpabilitate.

Planul relaţiilor şi funcţionării sociale e corelat cu rolurile sociale pe care persoana le asimilează şi le exercită, cu mai multă sau mai puţină competenţă. Intră acum în discuţie distanţele interpersonale mai mari, relaţionarea oficială, ce este reglementată de reguli şi norme sociale, de legi. Nerespectarea sau încălcarea normelor şi legilor, disfuncţionalităţile în acest plan au fost considerate constant ca o faţetă ce caracterizează multe tulburări de personalitate. Se poate ajunge la acte delictuale, infracţiuni, conflicte cu autorităţile, perturbarea liniştii şi ordinii în comunitate, comportament anomic, criminalitate, dar şi simpla neîndeplinire adecvată a rolurilor maritale, parentale, profesionale, civice. Acest plan vizibil al comportamentului e relativ uşor înregistrabil. Însă nu toate tipurile de tulburări de personalitate prezintă, în egală măsură, probleme sociale, iar, chiar dacă ele există, nu sunt, în egală măsură, stridente social.

Agnozia sau distorsiunea dimensiunii etice a persoanei a fost considerată o altă caracteristică definitorie a „psihopatiei". Faptul rămâne valabil şi pentru tulburarea de personalitate în general, deoarece persoana umană normală e concepută ca dimensionată printr-un pol etic. Problema comportă comentarii din cel puţin două perspective. Pe de o parte, nu la toate tulburările de personalitate întâlnim deficienţa şi perturbarea morală în aceeaşi intensitate şi în aceleaşi modalităţi, ea fiind mai grav afectată în clusterul denumit şi

în prezent „psihopatie". Pe de altă parte, eticul a devenit în ultimul timp tot mai greu de definit, fapt care pune sub semnul întrebării multe dintre aserţiunile tradiţionale privitoare la tulburările de personalitate şi psihopatie.

Personalităţile cu o structură dizarmonică, cele incluse în prezent în conceptul de *tulburare de personalitate*, au fost caracterizate ca fiind în general „egosintone", adică, în acord cu felul lor de a fi, pe care nu-l problematizează şi pe care îl acceptă. Totuşi, chiar Schneider susţinea că persoana psihopată nu numai că îi poate face pe alţii să sufere din cauza firii sale, ci şi ea poate suferi. De-a lungul deceniilor au fost acceptate persoane cu structură dizarmonică, frecvent egodistone şi cu o simptomatologie predominant „nevrotică". Psihanaliza a vorbit chiar despre o „nevroză de caracter". În prezent, suferinţa subiectivă nu e exclusă din caracterizarea generică a tulburărilor de personalitate, considerându-se că ea poate fi mai mult sau mai puţin intensă la diverse tipuri şi cazuri, în diverse împrejurări.

Într-o abordare recentă, Parker şi colaboratorii săi (2002) ridicau problema caracterizării de ansamblu a tulburărilor de personalitate, dincolo de stilul pe care-l exprimă diverse tipuri, identificând 17 markeri ai disfuncţionalităţii acesteia: 1) lipsa agreabilităţii; 2) inabilitatea de a avea grijă de alţii; 3) lipsa de cooperare; 4) faptul de a crea disconfort altora; 5) lipsa eficacităţii în acţiuni sociale; 6) lipsa empatiei; 7) eşecul în a realiza şi menţine relaţii interpersonale; 8) incapacitatea de a învăţa din experienţă; 9) impulsivitatea; 10) inflexibilitatea; 11) slaba adaptabilitate; 12) imoralitatea; 13) optimismul extrem; 14) autoapărarea; 15) deficienţa autodirecţionării; 16) lipsa umorului; 17) dificultatea de a face faţă stresorilor.

Fiind vorba de deficienţe ale „funcţionării", caracteristicile menţionate sunt predominant din aria manifestărilor interpersonale, dissociale şi anetice ale persoanei, mai puţin din aria inconştienţei sinelui şi a suferinţei subiective. Un efort de acest tip este util pentru a nu se uita de nevoia unei caracterizări generale a tulburărilor de

personalitate. Dar puţină ordine în analiza celor cu tulburări de personalitate este, de asemenea, necesară.

Problema gravităţii tulburărilor de personalitate

Pentru a putea fi asimilată unui cadru nosologic, tulburarea de personalitate trebuie să aibă o anumită intensitate, iar perturbarea pe care o determină trebuie să aibă o semnificaţie importantă pentru alţii şi pentru sine, pentru propriul drum de viaţă. În definiţia din DSM-IV, se precizează că aspectul dissocial, rigid, al comportamentului trebuie să se manifeste constant, în diverse contexte, în situaţii succesive, de-a lungul timpului biografic.

Pentru evaluarea tulburării de personalitate propriu-zise, Tyrer (2000) recomandă a se lua în considerare doar acele manifestări perturbatoare ce pot fi sesizate şi în afara familiei, de alţii, de străini sau oricine. *Formele uşoare* ale devianţei funcţionării persoanei ar fi acelea în care tulburările se manifestă rar, doar în mediul celor cunoscuţi, în familie, de exemplu. Suferinţa subiectivă singură nu ar fi de luat în considerare, conform ipotezei că cel ce poate să se controleze în aşa măsură încât să manifeste în raport cu alţii un comportament deviant nu necesită atenţie din punctul de vedere medico-psihiatric. *Formele grave* ar fi acelea care sunt perturbatoare tot timpul şi în orice mediu, care nu pot, de la un moment dat, să fie menţinute în societate fără supraveghere şi care necesită şederi prelungite în instituţii specializate – psihiatrice, de detenţie, de reeducare.

În raport cu astfel de opţiuni există, desigur, şi variante intermediare. Acestea se manifestă dizarmonic în raport cu anumite situaţii şi persoane, dar suficient de echilibrat în alte situaţii şi în raport cu alte persoane. Dacă există o constanţă a perturbării comportamentale, şi aceste cazuri se cer luate în considerare. În acest sens, s-a vorbit de persoane anormale, particulare, accentuate, de „probleme ale personalităţii". Deja Schneider făcea distincţie între „personalităţile anormale",

ce reprezintă o variaţie statistică a normalităţii – ca stil, manifestări, comportament, tipologie –, şi „persoanele psihopate", la care nu mai e vorba de o variaţie statistică, ci de o altă realitate antropologică. Mai complexă e situaţia în care, de-a lungul timpului sunt perioade destul de largi de compensare sau decompensare, ce pot fi puse pe seama caracteristicilor situaţionale, de statut şi rol, de raportare interpersonală. Oricum, aceste cazuri nu sunt cele din formele nucleare ale tulburărilor de personalitate.

În mare, s-ar putea diferenţia între următoarele nivele:

1. persoane „normale" care au un stil caracterial specific, particular;
2. persoane cu trăsături accentuate şi probleme interpersonal-sociale, în diverse momente şi contexte;
3. persoane cu tulburări de personalitate constante, cu permanente probleme de adaptare şi comportament dissocial, care, uneori, în anumite circumstanţe, pot fi parţial, dar niciodată complet compensate;
4. persoane cu grave tulburări de personalitate, constant perturbatoare sau problematice pentru cei din jur, pentru societate, ce pot funcţiona doar în condiţii cu totul speciale de supraveghere sau în medii şi situaţii neobişnuite.

6.3. Tipologia tradiţională şi cea recentă medico-psihiatrică a tulburărilor de personalitate şi a caracterelor

De la începutul identificării medico-psihiatrice a tulburărilor de personalitate, ele au fost înţelese sub formă de tipuri. Identificarea unui mod special de manifestare, care, de cele mai multe ori, e prezentat ca apartenenţă la o categorie tipologică, este un aspect solidar cu caracterizarea de ansamblu şi cu identificarea concretă a

unei tulburări de personalitate. Nici unul dintre cele două aspecte nu are semnificaţie fără celălalt. Psihopatia lui Kraepelin era etichetată după comportamentul dissocial. În 1915, el distingea ca tipuri: excitabilul, instabilul, impulsivul, excentricul, mincinosul, antisocialul şi certăreţul. Kreschmer a descris persoanele anormale, în funcţie de forma corporală şi bolile psihice fundamentale tot într-un număr finit de tipuri, esenţiale fiind schizoidul, cicloidul şi epileptoidul. Schneider a descris amănunţit zece clase tipologice de persoane psihopate, care au ghidat tipologia medicală a tulburărilor de personalitate din clasificările ICD. Acestea sunt: hipertimicul, depresivul, nesigurul de sine, fanaticul, apaticul (lipsit de stimă de sine) – instabilul afectiv, explozivul, abulicul, astenicul. Cu excepţia situaţiei în care accentul a fost pus pe un singur aspect dissocial ca în cazul psihopatului lui Cleckley, în rest, toţi autorii şi toate sistemele au comentat un număr finit de tipuri, de clase sau categorii tipologice de tulburări de personalitate, chiar dacă au lansat şi variante de rezervă. Există chiar tendinţa ca accentul să cadă pe tipologie, pe stilul de manifestare, ignorându-se caracterizarea generală. Asupra acestui pericol atrage atenţia Livesley (2001).

Tipologia tulburărilor de personalitate pe care au dezvoltat-o psihiatrii pornind dinspre cazuistica lor medical-azilară dinspre bolile psihice, s-a intersectat mereu cu milenara tipologie temperamental-caracterială.

Caracteriologia tradiţională şi cea recentă s-au bazat, în general, pe conceperea unui număr finit de tipuri ce rezultă în mod sistematic din principiile de ordonare. Astfel era caracteriologia zodiacală corelată celor 12 zodii sau temperamentele lui Hipocrate, bazate pe cele patru umori. În secolul XX, Jung împărţea oamenii în introvertiţi şi extrovertiţi, iar Le Senne, în funcţie de trei parametrii, fiecare cu două variante – activitate, emotivitate, retentivitate. A existat însă în caracteriologie şi o tendinţă nesistematică, de reunire a cazuisticii în jurul unor tipuri pregnant prezentate, care se constituie în „centre de

acumulare", după principiul „aerului de familie". Tipologia tulburărilor de personalitate ţine cont de aceste tradiţii, precum şi de alte principii relevate în secolul XX.

La începutul secolului XX, a fost adus în discuţie „tipul ideal" prin Weber şi Jaspers. Tipul ideal este un construct mintal care surprinde şi descrie în mod coerent caracteristicile esenţiale ale unui mod de a fi al oamenilor. Aspectul esenţial e coerenţa şi pregnanţa expresivă a acestui construct. Max Weber a descris tipul burghezului protestant harnic şi sârguincios, care a pus bazele capitalismului. Jaspers, în perioada sa iniţială de psihiatru, pe când scria *Psihopatologia generală*, caracteriza persoana istericului ca pe cea a unui om care vrea să apară mai mult sau altfel decât este, pentru a ajunge în centrul atenţiei. El scrie :

> Este o persoană care vrea să apară, pentru alţii şi pentru sine, ca mai mult sau altfel decât este, motiv pentru care e hiperexpresiv, dramatizează, atrage atenţia asupra sa în diverse moduri şi prin diverse mijloace, inclusiv utilizând bogăţia sa imaginativă ; pentru a capta atenţia, el poate fi şi strident şi submisiv, lamentativ sau laudativ.

Tipul ideal e un construct teoretic, o descriere abstractă, de referinţă, ce nu se întâlneşte ca atare în formă pură, în realitate, dar poate lumina înţelegerea cazurilor reale. Jaspers a fost preocupat însă şi de cazul tipic semnificativ sau „cazul şcoală". Acesta e un caz real ce se manifestă pregnant şi semnificativ într-un domeniu existenţial. Descrierea sa detaliată şi expresivă îl poate impune ca un caz de referinţă, etalon de măsură, îi face pe alţii să înţeleagă esenţa unei speţe cazuistice. De fapt, procesul se desfăşoară în mai multe etape. Investigatorul trebuie să-l cunoască, să-l înţeleagă – ceea ce e posibil direct, prin empatie – şi, apoi, să-l descrie şi să-l prezinte astfel încât să devină transparent, clar şi semnificativ şi pentru alţii. Jaspers afirmă că prezentarea câte unui caz tipic exemplar face să progreseze

cunoaşterea mai mult decât nenumărate studii statistice impersonale, care identifică superficial cazuistica.

Desigur, în jurul unui caz ideal sau al unui caz tipic exemplar se adună şi se coagulează alte cazuri, asemănătoare, doar puţin diferite, astfel că această populaţie cazuistică descrie şi circumscrie pregnant o problematică. Este demersul sintetic prin care particularităţile sau descrierile eroilor tipici se precipită în jurul unui centru de acumulare, organizându-se printr-un „aer de familie".

În esenţă, tipologia persoanelor psihopate a lui Schneider e construită, după principiile cazului ideal şi ale cazului tipic exemplar, ale prezentării unor centre de acumulare, ale unor variante de tipologie umane. Schneider nu are o sistematizare ordonată de principii organizatoare care să conducă în mod necesar la numărul finit de clase tipologice pe care le prezintă. Actuala orientare prototipică în circumscrierea categorială a tulburărilor de personalitate e înrudită până la un punct cu această tradiţie, dar ea ţine cont şi de o perspectivă medicală.

Tipologia recentă medico-psihiatrică a tulburărilor de personalitate. Categoriile prototipice

Schneider a adoptat ideea că persoanele psihopate nu reprezintă o boală, ci sunt variante antropologice extreme, şi aceasta deoarece aderă la ideea că spiritul nu se poate îmbolnăvi, ci doar corpul. Totuşi, inspiraţia medico-psihiatrică a celei mai mari părţi a tipurilor sale e evidentă.

Odată cu orientarea neokraepeliană a psihiatriei din ultimele decenii – care a dus la o intensă psihiatrizare a existenţei umane –, tulburările de personalitate au fost tot timpul descrise prin variante tipologice caracteriale care fac trimitere explicită la boli psihice. Au fost introduse denumiri ca TP schizoidă, paranoidă, obsesiv-compulsivă etc. Numărul claselor tipologice de tulburări de personalitate

din DSM-IV nu derivă din principii teoretice şi nu au la bază cumularea unor cazuri tipice exemplare studiate întâmplător, empiric. Ele au ca principiu călăuzitor existenţa bolilor psihice şi sunt ghidate explicit de existenţa acestora. Desigur, descrierile şi sistematizările anterioare nu sunt ignorate şi nici cazuistica reală sau opinia experţilor, dar totul este ordonat explicit de ţintirea tulburărilor psihice descrise în sistem. Această corelaţie poate fi prezentată simplificat într-un tabel.

Tabelul 6.1. *Corelaţia dintre diagnosticul categorial al tulburărilor de personalitate şi bolile Axei I*

Tipul de tulburare de personalitate		**Boala psihică**
DSM-IV	**ICD-10**	
Paranoidă	Paranoidă	Tulburarea persistentă paranoidă
Schizoidă	Schizoidă	Schizofrenie
Schizotipală		
Histrionică	Histrionică	Tulburări disociative (isterie?)
Borderline	Instabil-emoţională sau borderline	Tulburarea bipolară
Narcisică	–	–
Antisocială	Sociopată	Tulburări ale controlului impulsurilor, toxicomanie
Dependentă	Dependentă	Toxicomanie, depresie
Evitantă	Evitantă	Tulburări de fobie socială
Obsesiv-compulsivă	Anancastă	Tulburarea obsesiv-compulsivă

Deşi corelarea dintre anumite tulburări de personalitate şi anumite tulburări psihice este destul de evidentă, ea nu poate fi un criteriu suficient pentru circumscrierea tipologică a acestora. Deoarece lipsesc criteriile şi principiile sistematice prezente în unele caracteriologii, s-a impus necesitatea unei descrieri care se constituie ca bază pentru delimitarea categoriilor tipologice. DSM-III a propus şi practicat

definiţiile operaţionale, pe care le-a aplicat în egală măsură tulburărilor psihiatrice şi tulburărilor de personalitate, fără diferenţiere. Definiţiile operaţionale constau într-o circumscriere chiar arbitrară, care poate fi testată prin operaţii practice, prin măsurători. Aplicarea lor la ştiinţele umane – la istorie, iniţial – a fost propusă de Hempel. Psihiatria le-a adoptat pentru prima dată prin criteriile operaţionale propuse de şcoala din St. Louis (1972) şi apoi prin sistemul DSM-III, în care au fost aplicate şi tulburările de personalitate. Ele descriu prototipuri în manieră politetică.

În cadrul DSM-III, DSM-IV şi ICD-10 a fost adaptată caracterizarea tulburării de personalitate în manieră categorială – prototipic-politetică. O circumscriere poate fi monotetică, situaţie în care o condiţie, un criteriu, e suficient şi necesar pentru includerea în diagnostic. Circumscrierea politetică presupune un prototip – o clasă tipologică – ce se defineşte prin reunirea unui număr finit de criterii asemănătoare, apropiate, care au „un aer de familie" comun, dar pentru care nu se cere o fundamentare unică explicită, un criteriu esenţial – ca în cazul tipului ideal – şi nici o coerenţă internă strictă. O cazuistică ce face parte dintr-o familie prototipic-politetică are majoritatea caracteristicilor asemănătoare, dar nu toate. Prezenţa unui anumit număr minim – precizat – din totalul criteriilor prevăzute e suficientă pentru includerea în diagnostic. Apare, astfel, o caracterizare a unei categorii de tulburări de personalitate care, în principiu, e categorial-tipologică, dar are la bază mai multe criterii asemănătoare, nu toate necesare. Faptul sugerează o deschidere parţială spre o viziune dimensională. Ca urmare, cazuri care au în comun doar o parte dintre trăsături pot avea acelaşi diagnostic ; o serie de criterii se pot întâlni, explicit sau mascat, în lista de criterii a mai multor categorii.

Prototipul circumscris politetic permite ca o colecţie mai largă de cazuri să fie cuprinse sub acelaşi diagnostic-umbrelă.

Instituirea caracterizării unui prototip printr-un număr de itemi dintre care doar câţiva sunt necesari pentru diagnostic se face prin convenţie, prin votul democratic al unei echipe de experţi.

Sistemul are avantaje şi dezavantaje. Dintre dezavantaje, enumerăm:

- lipsa limitelor clare dintre categorii. Un sistem de clasificare e considerat cu atât mai bun, cu cât categoriile sunt mutual exclusive şi dacă tinde spre exhaustivitate, ceea ce nu e cazul în sistemele existente. Toate cercetările arată că numărul cazurilor aparţinând mai multor categorii este mai mare decât cel aparţinând unei singure categorii, iar numărul celor din categoria „alte forme" este mare;
- lipseşte orice criteriu de fundamentare nu numai a fiecărei clase, ci şi a numărului categoriilor. Trimiterea „la bolile psihice" şi „experienţa clinică cazuistică" nu sunt convingătoare şi suficiente, ultima necesitând şi ea criterii de identificare;
- „acordul democratic" – convenţia la care se ajunge - poate fi acceptat de unii şi contestat de alţii.

Deşi se declară ateoretic, sistemul introduce pe uşa din dos tipurile structurate în cadrul anumitor doctrine, deoarece includerea s-a făcut prin vot democratic, iar practicienii nu sunt neutri doctrinar. Astfel, pentru DSM-IV (după Livesley): diagnosticul personalităţii histrionice îşi are originea atât în modelul psihiatric clasic al dezvoltării psihosexuale, cât şi în fenomenologia clasică privitoare la isteric. TP schizotipală se corelează cu ideea lui Kraepelin referitoare la formele fruste de psihoză – în cazul acesteia, schizofrenia. Personalitatea de tip borderline şi narcisică au bazele în gândirea psihanalitică mai recentă (Kernberg şi Kohut). Personalitatea evitantă descinde din concepţia învăţării sociale a lui Millon. TP antisocială împrumută mult din doctrina psihopatului sociopat. Această combinaţie de tipuri ce provin din modele conceptuale diverse face ca distincţia între categorii să nu fie întru totul clară, acoperirea între ele, considerabilă, şi reproductibilitatea, deficitară. Ideea unui sistem ateoretic este ambiţioasă, dar rezultatele practice lasă loc multor probleme.

Cu toate insuficienţele menţionate mai sus, sistemul categorial-prototipic se menţine, deoarece este uşor de aplicat, e în consens cu experienţa curentă a clinicienilor psihiatri, facilitează comunicarea între aceştia şi este singura bază pentru cercetări ştiinţifice, fie ele epidemiologice, sau pentru studierea corelaţiei între Axele I şi II.

Faţă de deficienţele actualului sistem categorial, s-au căutat soluţii, însă altele decât descrierea şi acceptarea de noi tipuri. Astfel, de exemplu, Millon, care acceptă tulburarea de personalitate ca o tulburare psihiatrică alături de reacţiile circumstanţiale şi „sindroamele complexe", propune ca, păstrându-se tipologia existentă – inclusiv cea descrisă în ediţii precedente sau propuse pentru o nouă ediţie a DSM-V –, să se descrie în plus „subtipuri" pentru fiecare categorie. De exemplu, în cazul TP dependentă, autorul descrie următoarele subtipuri: dependentul neliniştit, imatur, ineficient, dezinteresat.

Fiecare dintre acest subtipuri beneficiază de o descriere prototipică, apropiată de tipul ideal sau de cazul tipic exemplar. Descrierea subtipurilor nu e ghidată de principii teoretice, ci de experienţa clinică a autorilor competenţi. De altfel, în ultimul timp se pune un accent tot mai mare pe experţi care au experienţă de zeci de ani de activitate cu tulburările de personalitate şi pot descrie astfel de cazuri – subtipuri – prototipice. Demersul lui Millon este interesant şi util, dar e lipsit de limită, fiecare subtip putând fi diferenţiat în alte subtipuri ş.a.m.d. Autorul face însă şi demersul invers, încercând să circumscrie fiecare categorie tipologică printr-o descriere standardizată, care implică aceiaşi parametri în specificitatea lor la fiecare tip, constituindu-se astfel o suită de tipuri ideale.

Alternativa cea mai agreată în prezent faţă de insuficienţele sistemului categorial-prototipic este utilizarea sistemelor dimensionale. Aceasta a evoluat în paralel cu tendinţa opusă, de reunire a categoriilor în câteva mari clase.

6.4. Clustere şi dimensiuni în descrierea şi sistematizarea tulburărilor de personalitate

În direcţia opusă fragmentării în subtipuri se plasează atitudinea de reunire a categoriilor de tulburări de personalitate în grupe mai mari, în clustere. DSM-IV propune trei clustere:

- clusterul A (straniu, bizar): TP schizoidă, schizotipală, paranoidă;
- clusterul B (flamboiant): TP antisocială, de tip borderline, histrionică, narcisică;
- clusterul C (retras): TP evitantă, dependentă, obsesiv-compulsivă (se adăugă TP depresivă).

Aceste clustere nu au o argumentare teoretică sau factologică, ci rezultă mai degrabă din impresia clinică, din elementele generale de caracterizare. Totuşi, gruparea în aproximativ trei-cinci clustere rezultă din foarte multe cercetări, inclusiv din cele făcute în perspectivă dimensională.

Abordarea dimensională a tulburărilor de personalitate încearcă să facă faţă criticilor ce s-au adus celei categorial-prototipice. Ea pleacă de la dimensiuni sau grupări cu trăsături constante ale personalităţii, care pot fi mai mult sau mai puţin accentuate la un caz dat. Se stabileşte astfel un continuum cu normalitatea, tulburarea de personalitate plasându-se la una dintre extreme. Această abordare nu anulează necesitatea unei caracterizări generale a tulburărilor de personalitate.

Livesley (2001) insistă asupra acestei probleme cel mai mult; ideile sale privitoare la caracterizarea generală a tulburărilor de personalitate au fost deja invocate în acest capitol. Autorul consideră că astfel s-ar putea aplica un diagnostic psihiatric de tulburare de personalitate similar cu orice alt diagnostic.

În prezent, funcţionează mai multe modalităţi de sisteme dimensionale:

- cercetări ce implică sisteme de evaluare a personalităţii din perspectiva trăsăturilor, care nu îşi au originea în psihopatologie, ci în psihologia persoanei, fiind secundar aplicate tulburărilor de personalitate. În această direcţie, foarte utilizată în prezent e teoria celor cinci mari factori. De menţionat că, în această perspectivă, nu a fost ignorat studiul cazuistic bazat pe experienţa clinicienilor. Astfel, Widiger solicită psihiatrilor cu experienţă în studierea tulburărilor de personalitate să-şi descrie cazurile conform categoriilor din DSM-IV, în termenii FFM şi cu inventarul NEO-PI-R, în scopul trasării unor profiluri bine conturate;
- cercetări ce au în vedere personalitatea în ansamblu, dar sunt elaborate de psihiatri, aşa cum e sistemul celor şapte factori al lui Cloninger, care îşi are punctul de plecare în evaluarea temperamentului;
- cercetări făcute de psihiatri care pornesc de la tulburările de personalitate şi sistemele categoriale descrise de-a lungul timpului sub formă de sisteme şi cazuri – reţinând trăsăturile de caracterizare a acestora –, exprimate în limbaj calificativ. După studiul semantic se trece la evaluarea cazurilor clinice de tulburări de personalitate şi a normalilor de către persoane cu experienţă; se reţine un număr de trăsături importante, fundamentale, de caracterizare a tulburărilor de personalitate. Acestea se raportează la persoanele normale. În tot demersul intervine prelucrarea statistică. Prin aceste trăsături se pot caracteriza dimensional tulburările de personalitate. Se caută corespondenţa între caracterizarea dimensională şi cea categorială. În plus, cazuistica sistematizată dimensional în urma analizelor statistice, se grupează, de obicei, în câteva clustere, la fel ca şi cea sistematizată categorial.

Această metodologie a fost aplicată iniţial de Tyrer (1978), reţinându-se 24 de trăsături din care rezultă 13 categorii de tulburări de personalitate. Sistemul a fost adaptat în DSM-IV şi ICD-10.

Cazuistica se grupează în patru clustere, dintre care trei sunt cele ale DSM-IV şi unul TP anancastă.

Acelaşi tip de metodologie o aplică Livesley *et al.* (1987), ajungând la 18 dimensiuni, fiecare subdivizată în „faţete" (aşa cum sunt şi dimensiunile FFM). Acestea pot caracteriza dimensional tulburările de personalitate, care se grupează în trei clustere importante, la care se adaugă încă unul. Aceste clustere sunt:

1. instabilitatea generală a comportamentului: dezorganizare pervasivă care implică procese perceptuale şi cognitive instabile şi distorsionate, un slab control al impulsurilor, lipsa conformării sociale, nevoia de stimulare;
2. retragere socială: evitarea contactelor sociale generale, probleme de intimanţă, expresie redusă a afectului, evitarea autodezvăluirii;
3. dependenţă: bazare excesivă pe impulsurile din mediul exterior pentru menţinerea stimei de sine şi pentru o funcţionare eficientă;
4. compulsivitate: ordine, meticulozitate, conştiinciozitate şi nevoia de a fi constant activ.

Modelul ierarhic ce cuprinde supraclase (clustere), clase tipologice (prototipice), dimensiuni şi, eventual, faţete ale acestora este un mod de gândire destul de mult agreat în prezent, pentru a flexibiliza sistemul strict categorial, alături de descrierea de subtipuri. Trebuie menţionat că o altă supraclasă – sau cluster – îl constituie şi ceea ce se înţelege în prezent prin „psihopatie", adică zona de tulburare de personalitate ce prezintă o majoră deviantă socială, agresivitate şi criminalitate, fiind predominant întâlnită în penitenciare.

6.5. Diagnosticul generic al tulburării de personalitate

Perspectiva tipologico-caracterială a tulburărilor de personalitate face parte integrantă din caracterizarea şi diagnosticul acestora. Problema severităţii se ridică şi la acest nivel. De fapt, ea se plasează în continuarea temei gravităţii tulburărilor de personalitate, în general, ca o detaliere a acesteia. Dacă se face diferenţierea între a) stil personal; b) trăsături accentuate şi probleme minore; c) tulburări de personalitate standard şi d) tulburări grave de personalitate – aspectul care interesează în primul rând e cel al tulburării standard. Întrebarea ce se pune este dublă: 1) „Există la persoana dată o tulburare de personalitate, astfel încât ea să poate fi caracterizată ca atare şi să se pună un «diagnostic» de tulburare de personalitate?". Dacă da: 2) „De ce tip este această tulburare, în ce categorie tipologică intră?". În formula standard, se imaginează o tulburare de personalitate de un singur tip: paranoidă, histrionică, evitantă etc. Frecvent sunt necesare clasificări. Unii autori propun ca, dacă se identifică trei categorii, să se vorbească deja de TP nediferenţiată. Desigur, un om poate avea, ca stil şi trăsături de personalitate accentuate, care nu ridică probleme majore de adaptare sau de comportament disfuncţional interpersonal şi social. O caracterizare tipologică multiplă ar impune precizarea că trăsăturile din fiecare clasă menţionată participă la comportamentul disfuncţional sau că acest comportament disfuncţional – rigid, constant, maladaptativ în diverse situaţii – este cauzat de trăsăturile unui singur tip, iar cele ce sunt specifice altui tip reprezintă doar trăsături accentuate? De exemplu, ceea ce defineşte un caz e TP de tip borderline, dar aceasta are şi unele trăsături histrionice. Sau, e o TP anacastă ce are şi trăsături dependente etc.

Tulburările de personalitate grave, care necesită supraveghere socială aproape continuă, pot fi şi ele centrate pe un tip sau caracterizate prin trăsături de mai multe tipuri.

Oricum, *un diagnostic de tulburare de personalitate nu se poate pune doar pe baza identificării unor trăsături de personalitate accentuate sau chiar intens manifeste, fără îndeplinirea criteriilor generale pentru tulburările de personalitate.*

6.6. Problema compensării tulburărilor de personalitate

Tulburările de personalitate dacă nu sunt de foarte mare intensitate pot fi *compensate* mult timp sau chiar toată viaţa prin mecanisme spontane psihosociale. Astfel, un mare dependent poate să nu devină nicicând evident, dacă trăieşte alături de o persoană sigură şi dominatoare sau într-o ambianţă socială protectivă. Modele de compensare se pot realiza în diverse planuri: interpersonal, familial, prin profesie, activitate socială, politică, religie, hobby-uri, sporturi extreme. De asemenea, particularităţi ale culturii, ale modului de organizare socială, existenţa unor subgrupe sau minorităţi cu obiceiuri speciale pot atrage şi compensa persoane cu tulburări de personalitate. Acestea se mai întâlnesc în populaţia penitenciarelor, a delincvenţilor neidentificaţi, a *homeless*-ilor, în unele zone ale armatelor, ale exploratorilor. Situaţii sociale speciale, ca revoltele şi războaiele, emigraţia şi imigraţia, pot fi, de asemenea, factori compensatori. În plus, o persoană inteligentă cu tulburare de personalitate îşi poate compensa singură unele trăsături, îşi poate construi o persoană secundă, mai adaptată societăţii. Compensări se pot obţine şi prin tratamente medicamentoase şi psihoterapie.

Trebuie conştientizat faptul că problema persoanelor cu structuri şi comportamente excentrice anormale, şi chiar deviante, nu reprezintă doar o problemă a psihiatriei şi psihopatologiei, ci una a antropologiei în general. Perspectiva medico-psihiatrică trebuie să fie într-un permanent dialog cu o perspectivă antropologică a persoanelor

anormale, deviante, care nu e constituită însă ca o „specialitate" ştiinţifică profesională bine definită, care să îşi aibă specialiştii săi, corpul său doctrinar, limbajul specific, circumscrierile şi etichetările, câmpul de investigaţie, partenerii săi etc. În aceste condiţii, psihiatrii care se ocupă de tulburările de personalitate nu au decât ocazional parteneri de dialog competenţi, din partea personologilor şi a specialiştilor în antropologia generală.

Capitolul 7

Modelul dimensional al tulburărilor de personalitate

În medicina psihiatrică este utilizat în prezent, pentru diagnostic şi cercetare, sistemul categorial al tulburărilor de personalitate, aşa cum e prezentat în DSM-IV şi ICD-10. Acesta precizează un număr finit de clase tipologice (în ICD-10 adăugându-se „şi altele...") care pot fi utilizate în cazul prezenţei criteriilor generale. Sistemul categorial-prototipic este politetic, pretinzând prezenţa unui minim din totalul criteriilor ce caracterizează o clasă, fapt ce exprimă o vagă tendinţă spre dimensionalitate. Avantajele recunoscute ale sistemului categorial sunt următoarele:

- orientează rapid caracterizarea, sugerând tipul de probleme ce le poate ridica;
- uşurează înţelegerea între specialişti;
- relaţiile dintre Axa I şi Axa II ale diagnosticului pot fi identificate mai uşor sprijinindu-se cercetarea ştiinţifică privitoare la etiopatogenie, comorbiditate, epidemiologie, tratament, evoluţie, prognostic.

Limitările sistemului categorial (Widiger, 1991; 1992; 2000; 2005; Livesley, 2000; 2001), deja menţionate, sunt:

- excesiva concurenţă a diagnosticelor, majoritatea cazurilor întrunind criterii pentru două, trei sau chiar mai multe categorii. S-au propus soluţii în sensul stabilirii unei categorii dominante şi a uneia secundare sau al acceptării unei singure categorii, dar nu există un consens în această direcţie. Totuşi, criteriile pentru diverse categorii pot avea diverse intensităţi – în sensul participării la disfuncţia socială –, unele fiind majore, iar altele minore, fapt ce s-ar cere precizat;
- eterogenitatea persoanelor cu acelaşi diagnostic. Faptul e acceptat din principiu de sistemul categorial politetic, de vreme ce, pentru diagnostic, e nevoie ca doar câteva criterii să fie satisfăcute. Uneori, diferenţele între persoanele cu acelaşi diagnostic sunt destul de mari. Millon a propus şi a descris pentru fiecare categorie mai multe subtipuri. Acest demers poate însă continua fără o limită precisă;
- limite instabile, arbitrare, ce sugerează inconsistenţa diagnosticului. Pentru unele tulburări de personalitate, se cer a fi îndeplinite patru criterii din şapte, la altele, cinci din opt. Nu există o unitate criteriologică pentru toate tulburările de personalitate, în sensul de a se urmări felul în care se manifestă la fiecare aceleaşi instanţe ale personalităţii (de exemplu: afectivitatea, autocontrolul, raportarea interpersonală). Modificarea numărului de criterii poate muta cazul de la diagnostic la non-diagnostic;
- acoperirea inadecvată a domeniului. La toate ediţiile DSM s-a constatat un număr important de cazuri ce nu pot fi diagnosticate prin categoriile propuse, fiind plasate în rubrica „la altele". Aceasta se adaugă faptului că tipurile descrise în diverse ediţii ale ICD şi DSM nu se suprapun decât parţial, fapt ce face dificilă o evaluare longitudinală.

În faţa unor astfel de probleme, a câştigat teren ideea abordării dimensionale a tulburărilor de personalitate (Clark, 1997; Dehelean, P., 2005; Dehelean, M., 2005).

În primul rând, dimensionalitatea a fost gândită în interiorul sistemului categorial prototipic, dezvoltându-se potenţialul dimensional al acestora. O sugestie a fost ca, menţinându-se sistemul categorial, să se facă inventarul trăsăturilor care sunt dezadaptative. Tulburările de personalitate ar putea fi caracterizate ca prototipice – dacă toate criteriile de diagnostic sunt prezente –, moderat prezente – dacă unul sau două criterii depăşesc pragul –, de nivel liminar – dacă criteriile se limitează la prag –, subliminar – dacă sunt prezente trăsături dar sub prag –, absente – dacă nici un criteriu nu e prezent (Oldham şi Skodal, 2000). Dacă pacientul prezintă criterii pentru trei sau mai multe categorii, se propune să se aplice diagnosticul de „tulburare de personalitate extensivă".

Westen şi Shedler (2000; 2003) propun, de asemenea, să se menţină sistemul categorial, fiecare dintre categorii fiind evaluată pe o scală cu cinci puncte. Categoriile ar urma să fie reprezentate de o descriere narativă a unui caz tipic care nu se limitează la opt sau nouă criterii, ci e amplu desfăşurată. Evaluarea se face cu 1 – dacă descrierea nu se aplică; cu 2 – dacă sunt prezente doar puţine aspecte; cu 3 – dacă sunt prezente destule trăsături semnificative; cu 4 – dacă pacientul corespunde tulburării; cu 5 – pentru cazul în care pacientul exemplifică tulburarea. Autorii propun ca instrument de lucru SWAP-200 (Shedler Western Assessment Procedure-200), ce conţine 200 de criterii de diagnostic.

În afara acestor sugestii de organizare dimensională a sistemului categorial, s-a propus şi reorganizarea dimensională a trăsăturilor caracteristice ale tulburărilor de personalitate. Tyrer şi Alexander (1979) analizează tulburările de personalitate în literatura de specialitate, precum şi în toate ediţiile ICD şi DSM, reţinând o listă de trăsături mereu identificate şi utilizate în caracterizarea acestora. Lista lor a fost redusă – pe baza contingenţei, suprapunerii şi frecvenţei – la 24 de trăsături. Acest diagnostic se face pe baza unui interviu semistructurat (PAS). Tyrer optează pentru continuitatea între trăsăturile

persoanei normale şi ale celei dizarmonice, diferenţa constând, în primul rând, în intensitatea trăsăturilor dezadaptative. Acestea – sub o formă puţin exprimată – se întâlnesc şi la persoane normale.

Livesley (1985), analizând literatura tulburărilor de personalitate, ajunge, de asemenea, la un număr de trăsături anormale pe care le reduce la 18 dimensiuni fundamentale. Acest model stă la baza unui chestionar pentru identificarea tulburărilor de personalitate (DAPP-BQ). Cazuistica astfel diagnosticată se distribuie în patru mari clustere.

Clark (1993) procedează în mod similar. Sunt analizate criteriile de diagnostic al tulburărilor de personalitate din DSM-III-R şi literatura de specialitate şi se ajunge la 22 de clustere simptomatice, care conduc la 12 dimensiuni ale funcţionării maladaptative ale personalităţii. Acestea sunt investigate cu un instrument de autoevaluare – Snap (Clark, 1993) – şi sunt raportate la trei factori de înalt ordin, sugeraţi de Westen (1999): *afectivitatea negativă*, *afectivitatea pozitivă* şi *constrângerea*.

Siever şi Davis (1991) sugerează o coocurenţă între tulburările de personalitate şi tulburările Axei I, în ideea că nu există graniţe semnificative între cele două axe. Se caută şi se sugerează un continuum între fiecare categorie de tulburare de personalitate şi o tulburare clinică episodică, evidenţiindu-se patru spectre clinice. De fapt, se consideră că atât tulburările de personalitate, cât şi marile sindroame psihopatologice îşi au corespondent în structuri ale funcţionării normale ale psihismului. Suport empiric a fost găsit însă doar pentru două dimensiuni fundamentale: *internalizarea* şi *externalizarea* (Kruger şi Tuckett, 2003).

O altă perspectivă din care ideea dimensionalităţii a fost aplicată la tulburările de personalitate e cea a modelelor dimensionale de funcţionare generală a personalităţii în normalitate. Acest demers a fost întreprins datorită evidenţei că nu există limite clare între tulburările de personalitate şi funcţionarea normală a persoanei, iar pe de altă parte, că simptomatologia de tipul celei întâlnite în

tulburările de personalitate se întâlneşte frecvent, chiar dacă mai puţin exprimată, în viaţa obişnuită. E subliniată insistent ideea că universul dimensional al normalităţii şi anormalităţii pare a fi, până la un anumit punct, acelaşi. Cele mai importante direcţii sunt:

- modelul celor cinci mari factori (Five Factor Model – FFM). Geneza acestuia şi principalele caracteristici au fost prezentate, iar detaliile care vizează aplicarea la tulburările de personalitate vor fi prezentate în continuare. Pentru moment, subliniem că, în prezent, este cel mai agreat şi solicitat model dimensional, aplicat atât în evaluarea dimensională a caracterului persoanei normale, cât şi în evaluarea dimensională a tulburărilor de personalitate. El s-a dovedit compatibil cu toate celelalte sisteme dimensionale importante. A fost dezvoltat în direcţia unei terminologii adecvate pentru tulburările de personalitate. Există deja descrieri ale categoriilor tulburărilor de personalitate din DSM-IV-TR, în termenii FFM, procesul de studiere a aplicării acestei metodologii fiind în curs, iar FFM fiind principalul candidat pentru o versiune dimensională a tulburărilor de personalitate în viitorul DSM-V;
- circumplexul relaţiilor interpersonale a fost şi el deja menţionat în continuarea concepţiei interpersonale a lui Sullivan şi va fi reluat, cu aplicări la tulburările de personalitate, în paragrafele următoare. El pune accentul pe un aspect esenţial al tulburărilor de personalitate – cel al distorsiunii relaţiilor interpersonale. Are avantajul de a se articula bine cu teoriile developmentale ale personalităţii, în special cu teoria ataşamentului a lui Bowlby. Un alt avantaj este că oferă o structură, câteva coordonate teoretice care ordonează factologia.

Un model original este cel cu şapte factori, elaborat de Cloninger. Dintre aceştia, primii patru descriu temperamentul pe baza unei ipoteze ce face corelaţii cu neurotransmiţătorii cerebrali. Autorul îi numeşte „căutarea noutăţii", „dependenţa de recompensă", „evitarea

traumei" şi „persistenţă afectivă". Cei trei factori ai caracterului sunt numiţi: „autodirecţionare", „cooperare" şi „autotranscendenţă". Sistemul poate descrie tulburările de personalitate şi se adaptează modelului categorial din DSM-IV.

Un aspect interesant al sistemelor dimensionale este faptul că acceptă sau chiar sugerează o organizare ierarhică (Clark, 1977). Se are în vedere un nivel bazal al trăsăturilor anormale, patologice, dezadaptative, trăsături al căror număr e limitat şi precizat în fiecare sistem. O anumită configurare a acestora dă profilul de stil tipologic al unei anumite tulburări de personalitate. Se are în vedere posibilitatea raportării acestora la sistemele categoriale. Trăsăturile de bază se diferenţiază însă mai departe în trăsături detaliate, care apar circumstanţial sau doar din anumite puncte de vedere, ca „faţete". În diverse sisteme, faţetele sunt analizate distinct şi explicit. Pe de altă parte, la o analiză mai atentă, ansamblul trăsăturilor anormale de bază apare ca tinzând să se organizeze în puţine clase sau clustere de mare generalitate (Widiger, 2005).

Toate sistemele dimensionale cuprind un domeniu de tipul extroversiei sau afectivităţii pozitive. Un alt domeniu comun este cel al agresivităţii, al relaţiilor interpersonale antagoniste, disociale. Sistemele care nu reprezintă bine un astfel de domeniu nu au elaborat scale pentru a-l identifica. Tot de mare generalitate mai sunt: domeniul constrângerii, compulsivităţii, conştiinciozităţii, al controlului şi reglării comportamentului, precum şi domeniul disreglării emoţionale, care în FFM e indicat prin termenul *nevroticism*. Aceste patru domenii se regăsesc în FFM, care mai cuprinde încă unul: pe cel al deschiderii spre experienţă. Dar acesta din urmă, care nu e bine reprezentat printre sistemele dimensionale ce abordează tulburările de personalitate, e cel mai puţin consistent domeniu şi în cadrul FFM. Se ajunge, în final, la concluzia că, indiferent de teoria şi instrumentul care abordează personalităţile normale sau patologice, există o structură subiacentă care e evidenţiabilă şi care gravitează

în jurul a patru dimensiuni sau domenii ale personalităţii. Această convergenţă ce rezultă din diversele doctrine şi cercetări empirice este de alt tip decât categoriile prototipice ale sistemelor de diagnostic actuale, care au ca singur suport corelaţiile lor tradiţionale cu psihiatria clinică.

Utilitatea abordării dimensionale rezultă mai ales din varietatea trăsăturilor de nivel bazal, care sunt puse în joc de diverse sisteme. Acestea oferă o descriere multifaţetată şi complexă a persoanei în cauză, scoţând-o de sub o simplă etichetă caracterizantă. Din acest punct de vedere, diverse sisteme de evaluare dimensională au, de obicei, un limbaj diferit.

Modelele dimensionale au avantajul de a prezenta, la fiecare persoană în parte, şi trăsăturile adaptative, şi cele dezadaptative. Faptul are importanţă pentru proiectarea tratamentului şi o mai adecvată înţelegere a prognosticului. De asemenea, se depăşeşte dilema ce apare în cazul prezenţei la o persoană cu tulburări de personalitate a trăsăturilor din mai multe categorii, cea a cazurilor neclarificate într-un sistem şi cea a tranziţiilor între normalitate şi anormalitate. De-a lungul timpului, dinamica particularităţilor persoanei poate fi şi ea mai bine înţeleasă. De asemenea, e uşurată colaborarea cu psihologii, psihoterapeuţii şi ansamblul persoanelor angajate în proiecte de sănătate mintală.

Evaluările experţilor indică faptul că un diagnostic dimensional al personalităţii nu consumă mai mult timp decât unul categorial. Dificultatea constă în faptul că clinicienii sunt obişnuiţi cu limbajul psihiatric şi că există o importantă rezistenţă în adaptarea la un nou limbaj şi la o nouă concepţie.

Problema abordării dimensionale a tulburărilor de personalitate nu se pune în prezent în termeni disjuncţi faţă de cea categorială. O combinare a acestor perspective a fost mereu propusă (Gunderson, 1991). Tradiţia îndelungată a viziunii categoriale, uşurinţa pentru comunicare şi cercetare vor menţine probabil prezentă un timp

apreciabil abordarea categorială. Tendinţa actuală este însă ca aceasta să fie dublată de una dimensională, atât în practica diagnosticului şi a terapiei, cât şi în cea de cercetare. În plus, abordarea dimensională este elastică, deschisă spre nou şi inovaţie şi asigură un plus de respect pentru persoana aflată în atenţia serviciilor de sănătate mintală, îndepărtând pericolul stigmatizării.

În continuare, vor fi prezentate câteva sisteme şi câţiva autori care au pus accentul pe abordarea dimensională a tulburărilor de personalitate.

Modelul celor cinci mari factori

În abordarea tulburărilor de personalitate, în ultimele două decenii a câştigat mult teren teoria celor cinci mari factori (Five Factors Theory – FFT – sau Five Factors Model – FFM). Aceasta deoarece:

- este o abordare dimensională ce susţine continuumul cu normalitatea. Pentru normalitate este cea mai răspândită, acceptată şi testată doctrină caracteriologică a trăsăturilor de personalitate în lumea anglo-saxonă, dar cu validări şi în alte arii lingvistice (John, 1999);
- permite evidenţierea concomitentă a trăsăturilor anormale, deviante, maladaptative ale tulburărilor de personalitate şi ale celor normale, fireşti, adaptative, scoţând în relief zona „sănătoasă" a persoanei, pe care se poate conta în proiectul terapeutic şi de management (Widiger, 1991);
- permite clasificarea diferenţelor dintre tulburările de personalitate cu acelaşi diagnostic categorial (Widiger, 2001);
- permite evaluarea nuanţată a personalităţii, în cazul în care sindroame psihopatologice sunt sau au fost prezente pe Axa I.

În prezent, cei cinci mari factori (extroversia, agreabilitatea, deschiderea spre experienţă, nevroticismul şi conştiinciozitatea) sunt evaluaţi cel mai des cu chestionarul de autoevaluare NEO-PI-R al lui Costa şi McCrae (1992). Aceşti autori şi-au început studiile în 1980

şi au creat un chestionar care, iniţial, evalua doar trei factori, dar varianta din 1992 a NEO-Personality Inventory (NEO-PI) se referă la toţi cei cinci factori. Pentru fiecare factor se urmăresc şase faţete, astfel încât, în total, sunt 30 de scale.

În evaluarea caracteriologică a persoanei din perspectiva FFT, este clasică şi lista adjectivelor a lui Goldberg, care are o variantă cu adjective bipolare şi una cu 100 de adjective monopolare, ce descriu trăsăturile – TDA (Goldberg, 1992).

Chiar înainte de 1990, Wiggins şi Pincus s-au preocupat de corelaţia dintre simptomatologia tulburărilor de personalitate şi FFM (după Coker, 2001). Până în 2002, au fost publicate peste 50 de studii în această direcţie şi a apărut o monografie pe această temă (Costa şi Widiger, 2002). Cercetările au indicat că ambii poli ai celor cinci domenii ale FFM conţin cel puţin unele forme de maladaptabilitate. Nevroticismul accentuat e corelat cu TP de tip borderline, iar cel scăzut, cu TP narcisică şi cu psihopatia. Introversia e corelată cu trăsăturile TP schizoide şi evitante, iar extroversia, cu TP histrionică. Antagonismul e asociat cu TP antisocială, de tip borderline, paranoidă, narcisică, iar agreabilitatea, cu TP dependentă. Conştiinciozitatea scăzută e în mod consistent asociată cu TP antisocială, pasiv-agresivă, de tip borderline şi paranoidă, dar e crescută la TP obsesiv-compulsivă. Majoritatea studiilor s-au făcut cu NEO-PI-R, dar a fost utilizată şi lista celor 100 de adjective a lui Goldberg (1992). Astfel, Coker (2001) găseşte că fiecare categorie descrisă în DSM-IV poate fi caracterizată printr-un set separat de adjective din lista lui Goldberg. Widiger (1998) analizează felul în care – pentru psihopatie – fiecare dintre cei 20 de itemi ai listei de identificare a acesteia prin instrumentul PCL-R a lui Hare, poate fi analizat în termenii FFM. De altfel, FFM, evidenţiat prin NEO-PI-R, s-a dovedit a fi congruent cu toate sistemele dimensionale de evaluare a tulburărilor de personalitate (Widiger, 2000). Itemii din California Q-Set pot fi uşor înţeleşi în perspectiva modelului celor cinci factori (McCrae,

Costa şi Black, 1986). S-a dovedit o substanţială convergenţă între FFM şi MMPI-2 Personality Psychopathology Five (PSY-S) (Trull *et al.*, 1995). Saltz *et al.* (1993) găsesc o bună corespondenţă între FFM şi circumplexul interpersonal evaluat prin Inventory of Interpersonal Problems (IIP). Multe studii arată o semnificativă congruenţă între FFM evaluat prin NEO-PI şi datele obţinute prin chestionarul lui Livesley – DAPP-BQ. Ball *et al.* (1997) compară FFM cu modelul dimensional al lui Cloninger şi Svrakic evaluat prin TCI, găsind o corespondenţă semnificativă.

Cu toate că există o bună corespondenţă între FFM evaluat cu NEO-PI-R şi cu alte sisteme ce folosesc alte instrumente, în prezent se practică şi studii care utilizează la aceeaşi cazuistică diverse modalităţi de evaluare. Astfel, Pukrop (2002) studiază TP de tip borderline prin evaluarea concomitentă din perspectiva FFM, a TCI (Cloninger) şi a DAPP (Livesley). Krueger (2001) utilizează pentru evaluarea personalităţii, concomitent, NEO-PI-R, MMPI-2, MPQ, SNAP.

În 1994, Widiger *et al.* au dezvoltat profiluri ale FFM pentru caracterizarea fiecărei tulburări de personalitate din DSM-III-R. Ulterior, multe cercetări s-au dezvoltat în legătură cu aceste profiluri (Dyce şi Connor, 1998; Trull, 2001). Începând cu 2001, Widiger *et al.* au construit profiluri ipotetice ale FFM pentru ediţia a IV-a DSM. Adaptarea ridică şi dificultăţi, deoarece DSM-III şi DSM-IV au fost construite astfel încât să pună accentul pe specificul comportamental al tulburărilor de personalitate, iar NEO-PI-R este un chestionar de autoevaluare în care accentul nu e pus pe comportamentul observabil. S-au făcut eforturi continue pentru a se construi profiluri FFM pentru categoriile din DSM-IV, pe baza opiniei experţilor în tulburările de personalitate în cazuri prototipice. Etape importante în acest efort sunt profilurile sintetizate prin cercetările lui Lyman şi Widiger (2001), Sprock (2002), Samuel şi Widiger (2004). Ultimul studiu menţionat, care reuneşte opiniile a 154 de experţi, totalizează 308 profiluri FFM pentru cazuri prototipice, evidenţiind un foarte înalt consens. Faptul

sugerează că clinicienii pot conceptualiza şi aplica FFM la tulburările de personalitate. Acest efort în direcţia unor profiluri prototipice nu înlătură utilizarea NEO-PI-R, aşa cum demonstrează cercetări recente (Morey *et al.*, 2002 ; De Clerq şi De Fruyt, 2003 ; Sprock, 2002).

În cazul studiilor din perspectiva FFM privitoare la tulburările de personalitate s-au ridicat câteva probleme.

În perspectivă metodologică, evaluarea personalităţii după FFM se face cu NEO-PI-R, care e un chestionar de autoevaluare. O mare parte dintre evaluările tulburărilor de personalitate, categoriale, dar şi dimensionale, se face prin interviuri semistructurate. Când tulburarea de personalitate este evaluată de clinician, acesta se bazează pe observaţia directă din timpul interviului, din perioada şederii în clinică, pe informaţiile de la aparţinători, pe dosarul cazului clinic psihiatric, iar, uneori, social-juridic. Prin urmare, setul de informaţie e mai mare. Sub aspect metodologic, s-au căutat puncte de convergenţă, în sensul că specialişti cu mare experienţă în studiul tulburărilor de personalitate construiesc profiluri ale tulburărilor de personalitate în termenii proprii FFM şi evaluează în acest mod cazurile. Astfel, o cercetare recentă (Sprock, 2002) solicită 500 de psihologi practicieni cu experienţă în tulburările de personalitate să evalueze cazuri prototipice – ideale – în termenii FFM. Se constată că interpretarea în termenii celor 30 de faţete permite o mai bună conceptualizare, comunicare şi planificare a tratamentului.

O altă problemă e cea a terminologiei, FFM şi NEO-PI-R fiind concepute pentru persoane normale, a căror trăsături sunt exprimate într-un anumit limbaj, diferit de cel al psihopatologiei. Studii recente (Coker *et al.*, 2001) relevă faptul că fiecare dintre cei cinci factori conţine, la fiecare dintre extremele sale, cel puţin sugestii pentru aspectele maladaptative ale persoanei, care pot fi exprimate într-un limbaj corespunzător. Pentru aceasta, s-a apelat şi la terminologia inventariată de Goldberg (1982) în perspectiva FFM (1 710 termeni!)

a datelor studiate de Sankir (1999), cu privire la dezirabilitatea socială. S-a ajuns la o listă de termeni ce indică aspecte indezirabile – potenţial maladaptative – pentru fiecare dintre tulburările de personalitate ale DSM-IV, în perspectiva FFM.

În cadrul unui studiu longitudinal, Morey constată, analizând TP schizotipale, de tip borderline, evitante şi obsesiv-compulsive – în comparaţie cu cazuri ce au avut un episod de depresie majoră, dar nu tulburări de personalitate – că sunt evidente diferenţele – exprimate în perspectiva FFM – dintre personalităţile normale şi cele patologice. Interesant e că, în acest studiu, diferenţele dintre diversele categorii nu sunt foarte pronunţate.

Sistemul lui Cloninger

Autorul propune un sistem cu şapte factori, dintre care patru sunt temperamentali şi trei caracteriali. Se impun patru dimensiuni care sunt denumite :

1. evitarea suferinţei – corelată cu neurotransmisia serotoninergică ;
2. căutarea noului – corelată cu neurotransmisia dopaminei ;
3. dependenţa de recompensă – corelată cu neurotransmisia noradrenergică ;
4. persistenţa – corelată cu neurotransmia mediată de glutamat.

Caracterul e considerat ca formându-se prin experienţe interpersonale şi educative, corelate cu limbajul, sinele, memoria episodică şi biografică, învăţarea şi conştiinţa, relaţionarea cu alţii şi cu lumea, în general. El s-ar putea descrie bine prin trei factori : autodirecţionarea, cooperarea cu alţii şi autotranscendenţa.

Se are în vedere ideea că fiecare dintre cele şapte trăsături poate avea scoruri înalte sau scăzute. Autorul etichetează variantele extreme ale factorilor temperamentali în felul următor :

Tabelul 7.1. *Variantele extreme ale factorilor temperamentali*

Dimensiune	Scor înalt	Scor scăzut
Evitarea suferinţei	Pesimist, temător, timid	Optimist, curajos, îndrăzneţ
Căutarea noului	Explorator, deschis, cald, afectuos	Energic, rezervat, deliberativ, stoic
Dependenţa de recompensă	Întreprinzător, hotărât, entuziast, perfecţionist	Detaşat, rezervat, rece, independent
Persistenţă	Responsabil, cu scop, descurcăreţ, autoacceptare, disciplinat	Leneş, indecis, delăsător
Autodirecţionare	Simţitor, empatic, săritor, plin de compasiune, principial	Se autoblamează, lipsit de scop, pasiv, doritor să se schimbe, nedisciplinat
Cooperativitate	Imaginativ, intuitiv, acceptant, spiritual, idealist	Intolerant, imprevizibil, egoist, răzbunător, oportunist
Autotranscendenţă		Convenţional, logic, neîncrezător materialist

Împreună cu Przybeck şi Svrakic, Cloninger (1994) a construit un instrument de evaluare a personalităţii: The Temperament and Character Inventory (TCI). Acesta este un chestionar de autoevaluare cu 240 de itemi, la care se răspunde cu „Da" sau „Nu". Chestionarul este construit pentru a decela tulburările de personalitate în perspectiva unui continuum cu personalitatea normală. Sistemul oferă o descriere amănunţită a valorilor pozitive şi negative ale dimensiunilor. Pentru „căutarea noului", de exemplu, sunt avuţi în vedere 40 de itemi, distribuiţi în patru domenii: excitabilitatea exploratorie *vs* rigiditate stoică (11 itemi); impulsivitate *vs* reflexie (10 itemi); extravaganţă *vs* rezervă (9 itemi); dezordine *vs* disciplină (10 itemi).

În perspectiva aplicării sistemului la tulburările de personalitate, se consideră că acestea pot fi caracterizate, în general, prin deficienţe

în planul caracterului, iar distorsiunile în planul temperamentului configurează aspectul tipologic. Toate categoriile tulburărilor de personalitate s-ar caracteriza, în sensul TCI, prin valori scăzute la autodirecţionare, fapt ce corespunde unui slab control al impulsurilor şi unei forţe scăzute a eului, iresponsabilităţii, deficienţei de formulare şi urmărire a scopurilor, incapacităţii de a se ajuta singur şi unei scăzute autoacceptanţe. La fel, cei cu tulburări de personalitate au o slabă cooperativitate, manifestă printr-o proastă funcţionare interpersonală, sunt intoleranţi, egoişti, ostili, dezagreabili, răzbunători şi oportunişti. Formele mai grave de tulburări de personalitate – mai ales cele de tip borderline – au şi o slabă autotranscendenţă, ce constă în instabilitatea afectelor şi a imaginii de sine. Aceste criterii generale ale tulburărilor de personalitate, pe care le conceptualizează şi le relevă TCI, se suprapun cu cele precizate în DSM-IV, nuanţându-le.

Criterii pentru tulburarea de personalitate (după Cloninger)

Este un model (pattern) durabil de răspunsuri rigide la experienţe, ce duce, încă din adolescenţă, la comportament disfuncţional în relaţiile sociale, la sentimente şi gânduri maladaptative, concretizate în cel puţin două dintre cele patru trăsături de mai jos, fiecare dintre acestea având cel puţin trei itemi bifaţi.

Tabelul 7.2. *Criteriile diagnostice ale tulburărilor de personalitate (după Cloninger)*

1. Autodirecţionare redusă	
1.1.	Iresponsabil: pentru cele mai multe probleme personale dă vina pe alte pesoane sau pe circumstanţe.
1.2.	Lipsă de scop: îi lipsesc scopurile în viaţă sau simte că viaţa nu are nici un scop.
1.3.	Neajutorare: se simte inapt sau neajutorat.

1.4.	Slabă acceptare de sine : simte ruşine sau vinovăţie când îi sunt relevate greşelile sau manifestă vanitate excesivă când are succes.
1.5.	Slab control al impulsurilor : îi lipseşte disciplina sau capacitatea de a amâna gratificarea prin plăceri trupeşti.
2. Cooperativitate redusă	
2.1.	Intoleranţă : are prejudecăţi sau este incapabil de a se înţelege cu oamenii care au puncte de vedere şi provenienţe sociale diferite.
2.2.	Narcisic : îi lipseşte empatia sau este incapabil să recunoască şi să se identifice cu sentimentele şi nevoile altora.
2.3.	Ostilitate : este argumentativ sau are dificultăţi în a lucra cu alţii într-o manieră prietenoasă, de într-ajutorare, ca parte a grupului.
2.4.	Răzbunător : îi place să se răzbune şi să îşi ia revanşa sau este incapabil să îi ierte pe alţii când simte că aceştia au greşit faţă de el.
2.5.	Oportunist : îi lipsesc principiile etice stabile sau profită de ceilalţi atunci când are posibilitatea.
3. Stabilitate afectivă redusă	
3.1.	Anxietate : manifestă insecuritate marcată sau îşi face deseori probleme pentru evenimente minore.
3.2.	Iritabil : are dificultăţi în a-şi controla furia sau manifestă frecvent izbucniri temperamentale sau violente corporal.
3.3.	Invidios : e gelos sau deranjat deseori de succesul şi averea altora.
3.4.	Nutreşte ură : e vicios şi crud sau doreşte răul altora.
3.5.	Acru : e supărat pe toţi şi pe toate sau se simte deseori victimizat, folosit şi exploatat de ceilalţi.
4. Autotranscendenţă scăzută	
4.1.	Imagine de sine instabilă : nu are un stabil sens al sinelui sau este incapabil să admită defectele proprii.
4.2.	Perspectivă fluctuantă asupra vieţii : priveşte mediul sau lumea, în general, ca fiind haotică şi impredictibilă sau este incapabil să recunoască acele relaţii care să îi permită anticiparea problemelor.
4.3.	Gândire magică : percepţiile sale sunt marcat distorsionate de dorinţe sau relaţiile complexe sunt reduse la dihotomii simple ; de exemplu, bine/rău, tot/nimic...

4.4.	Sentiment de gol : are un sentiment cronic al golului interior sau separare de lume.
4.5.	Insensibilitate estetică : nu are un sens al frumosului sau nu trăieşte revelaţia frumosului artistic.

Tulburare de personalitate :

- absentă : una sau nici una dintre cele patru trăsături nu are cel puţin trei itemi prezenţi ;
- tulburare uşoară : două dintre cele patru trăsături au cel puţin trei itemi prezenţi ;
- tulburare moderată : trei dintre cele patru trăsături au cel puţin trei itemi prezenţi ;
- tulburare gravă : toate cele patru trăsături au cel puţin trei itemi prezenţi.

În ceea ce priveşte tipurile „categoriale" ale tulburărilor de personalitate, Cloninger susţine că acestea pot fi interpretate ca variaţii ale dimensiunilor temperamentale. Caracterizarea lor generală poate fi vizualizată printr-un cub.

Sistemul lui Cloninger *et al.*, evidenţiabil prin TCI, este destul de mult utilizat în prezent în studiul tulburărilor de personalitate, din mai multe motive. În primul rând, e un sistem dimensional care permite o flexibilă articulare cu personalitatea normală. Spre deosebire de alte sisteme dimensionale, cum ar fi FFM sau circumplexul interpersonal, el oferă şi o caracterizare generală a tulburărilor de personalitate, distinctă, până la un anumit punct, de cea tipologică. Referirea la temperament ca şi componentă biologică a personalităţii permite şi dezvoltarea de studii genetice. Sistemul, suficient de clar şi precis, ierarhizat, vizualizat printr-un cub, dă o anumită siguranţă cercetătorilor. Cele patru aspecte ale temperamentului se bazează pe o lungă tradiţie. Termenii destul de variaţi folosiţi de autori permit o corelare, cel puţin aproximativă, cu multe alte modele ale personalităţii. În sfârşit, Cloninger şi-a dezvoltat în ultimul timp teoria sa

asupra personalităţii şi în perspectivă spirituală, adăugând celor şapte dimensiuni trăiri speciale, fenomene *pick*, stări de transă, extaz, experienţe extrasenzoriale, trăiri spirituale – toate corelându-se cu o amplă tradiţie antropologică, psihologică, religioasă, spirituală. În plus, a dezvoltat în această direcţie şi programe terapeutice, în scopul atingerii unor „stări de bine" (*well-being*) psihologice spirituale. Desigur, ultimul aspect nu are legătură cu tulburările de personalitate, depăşind practic instrumentul TCI.

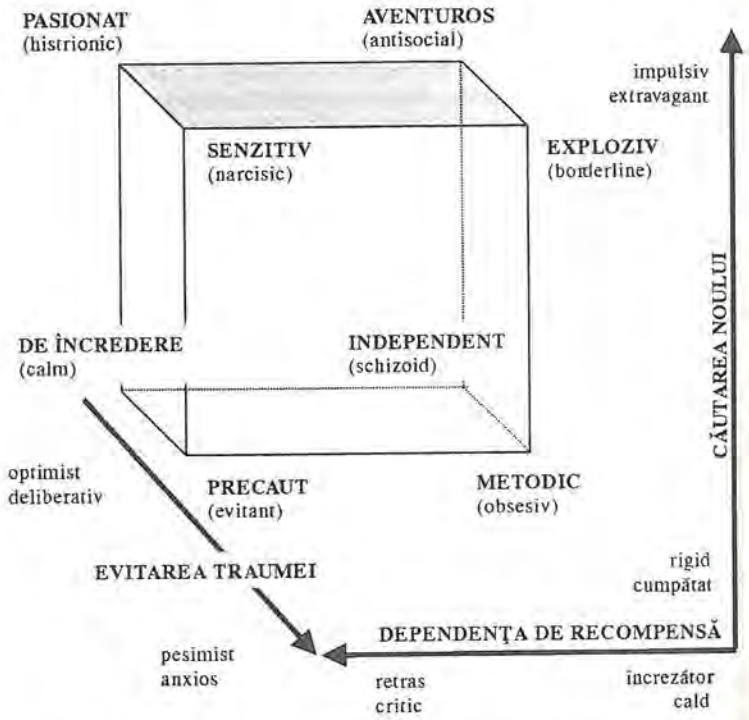


Figura 7.1. *Caracterizarea tipurilor „categoriale" ale tulburărilor de personalitate*

Concepţia şi instrumentele de cercetare ale lui Cloninger şi ale scalei sale au, desigur, limitele lor. Există o anumită rigiditate conceptuală şi de construcţie, care cu greu asimilează noi contribuţii în interiorul sistemului. De asemenea, deşi e conceput dimensional, aplicabilitatea acestui model la psihologia persoanei normale e relativ modestă şi nu are o deschidere internă pentru a se amplifica.

Circumplexul interpersonal

Întreaga literatură tradiţională şi actuală consideră că nucleul sau aspectul specific pentru tulburările de personalitate se află la nivelul perturbării relaţiilor interpersonale. Tulburările afective, cognitive, comportamentale şi cele de control al impulsurilor se subordonează acestei perturbări, care se manifestă în cursul derulării vieţii de zi cu zi. Încălcarea normelor sociale, problemele de statut şi rol social şi deficienţele etice sunt şi ele stări articulate cu distorsiunea relaţiilor interpersonale. În această direcţie s-a dezvoltat ideea circumplexului interpersonal, care este o interpretare dimensională a modalităţilor de manifestare a persoanei în relaţiile sale cu alţii. Această interpretare are ca bază şi psihologia gestaltistă a lui Levin, care sugera ideea de „câmp psihologic" (Wiggins, 1999). Sullivan a introdus noţiunea de *interpersonalism*, susţinând că esenţialul vieţii psihice a omului se desfăşoară într-un „câmp interpersonal". Circumplexul constă dintr-un cerc pe care sunt notate atitudini interpersonale opuse. Se constituie astfel mai multe „cadrane", ca la un ceas, ce pot defini felul constant în care un om se raportează la alţii (McLemore, 1987). Circumplexul interpersonal (CIP) a fost dezvoltat mai întâi de echipa lui Leary (1997) şi apoi de cercetători ca Pincus (1957), Wiggins (1971), Kiesler (1996). În prezent, cea mai utilizată este versiunea lui Wiggins, care foloseşte axele ortogonale concepute de Bakan:

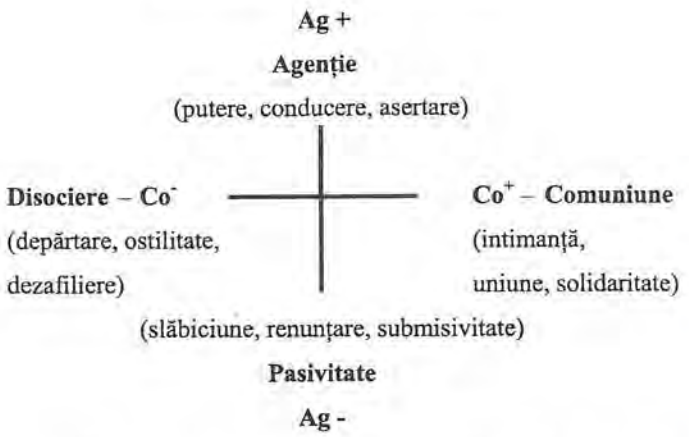


Figura 7.2. *Axele ortogonale ale lui Bakan (după Wiggins, 1991)*

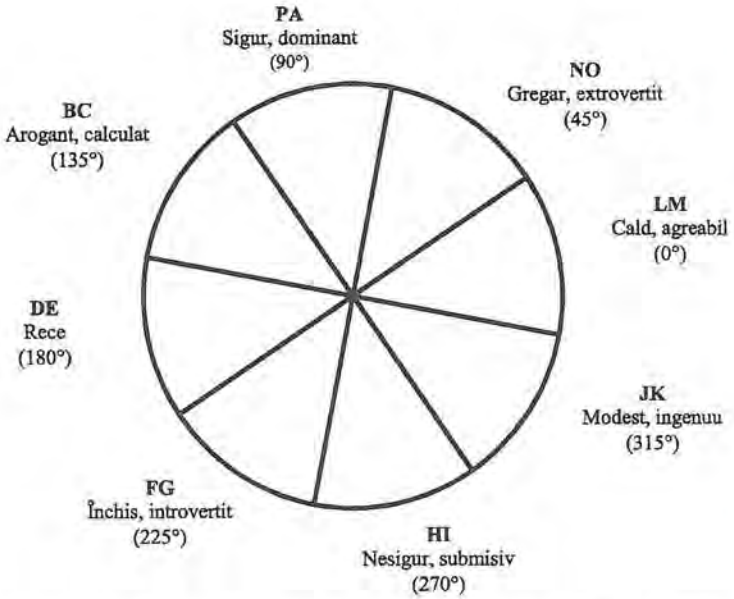


Figura 7.3. *Circumplexul epitetelor interpersonale (după Wiggins, 1991)*

Un om poate fi caracterizat prin valori mai mari sau mai mici în toate cadranele. Aceste variante pot developa destul de bine persoana cu trăsături rigide şi maladaptative, deci cu o tulburare de personalitate. Circumplexul de mai sus şi variantele sale nu acoperă însă tot spectrul atitudinilor şi comportamentelor interpersonale posibile. Lipsesc cele ce caracterizează hiperexpresivitatea, impulsivitatea sau atitudinea rigidă sau oscilantă a obsesivului. Din cei cinci factori ai FFM se consideră că doar doi sunt bine reprezentaţi de CIP: extroversia şi agreabilitatea. Totuşi, multe tipuri de tulburări de personalitate au putut şi pot fi bine descrise prin CIP (Sim, 1990). Avantajul este că se poate evidenţia un profil dimensional, în ceea ce priveşte atât intensitatea, cât şi trăsăturile, depăşindu-se astfel inconvenientele modalităţii categoriale. Sunt bine caracterizaţi dependentul, pasiv-agresivul, chiar paranoidul. De asemenea, există o coerentă caracterizare a „psihopatiei" (Blackburn, 1998).

Prin circumplexul interpersonal se pot caracteriza nu doar *atitudinile* interpersonale, ci şi *problemele* interpersonale, fapt util pentru psihoterapie (Johnson, 2000). Astfel, poate fi descrisă atitudinea nu doar faţă de alţii, ci şi de faţă de sine (Klein, 2001) şi, de asemenea, atitudinea faţă de „alţii" introjectaţi şi reprezentaţi în sine, pe matricea „modelului intern de lucru" (*internal working model*) al lui Bowlby. În această direcţie, cercetări deosebit de interesante a realizat Benjamin care a dezvoltat şi o formă specială de psihoterapie.

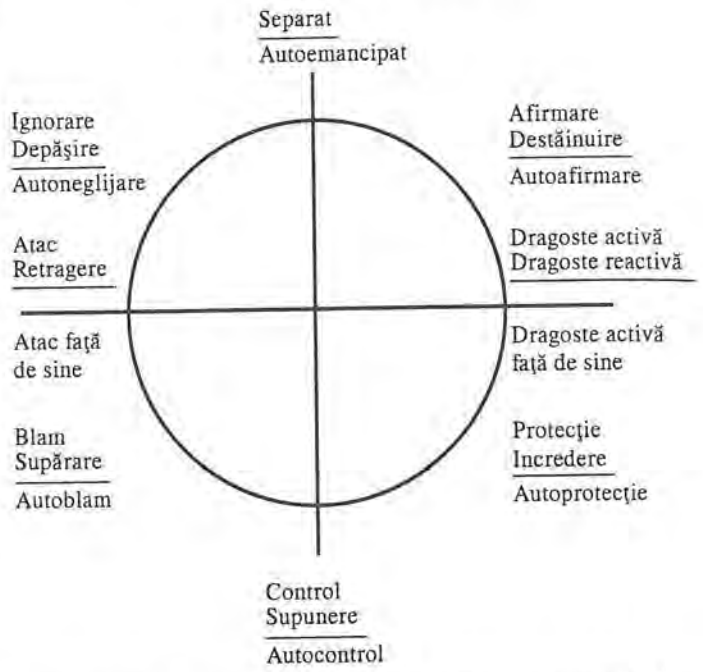


Figura 7.4. *Atitudinea interpersonală şi faţă de sine (după Klein, 2001)*

Modelul circumplex poate fi utilizat ca instrument metodologic în studierea persoanei normale şi patologice, folosindu-se diverse axe ortogonale pentru a evidenţia succesiv caracteristicile persoanei, la fel ca un obiectiv care e privit succesiv prin diverse lentile (Lăzărescu, 2006).

Tyrer şi echipa sa au fost primii care, înainte de publicarea DSM-III, au construit un sistem dimensional-categorial de înţelegere a tulburărilor de personalitate şi un instrument de evaluare a acestora.

Tyrer a pornit de la descrierile tradiţionale şi curente ale tulburărilor de personalitate, aşa cum se întâlnesc la marii psihopatologi – mai ales germani –, precum şi în sistemele anglo-saxone, în tradiţia ICD

şi DSM. S-a ţinut seama de termenii prezenţi în dicţionare, care sunt cel mai des folosiţi în perspectiva demersurilor lui Allport şi Odbert şi a celor ce au dezvoltat ulterior doctrina celor cinci mari factori. Bazându-se pe experienţa proprie şi a colegilor, a detaşat trăsăturile care se întâlnesc cel mai des la tulburările de personalitate. Acestea au fost progresiv reduse, pe argumente semantice, operaţionale, de cuprindere şi frecvenţă. A rezultat o listă cu 45 de trăsături, care, pe baza unor studii preliminare, au fost reduse la 24. Acestea sunt: 1. pesimism; 2. autodevalorizare; 3. optimism; 4. iritabilitate; 5. anxietate; 6. suspiciozitate; 7. introspecţie; 8. timiditate; 9. izolare; 10. senzitivitate; 11. vulnerabilitate; 12. inhibiţie; 13. impulsivitate; 14. agresivitate; 15. ineficienţă; 16. iresponsabilitate; 17. infantilism; 18. deficienţa resurselor; 19. dependenţă; 20. submisivitate; 21. conştiinciozitate; 22. rigiditate; 23. excentricitate; 24. hipocondrie.

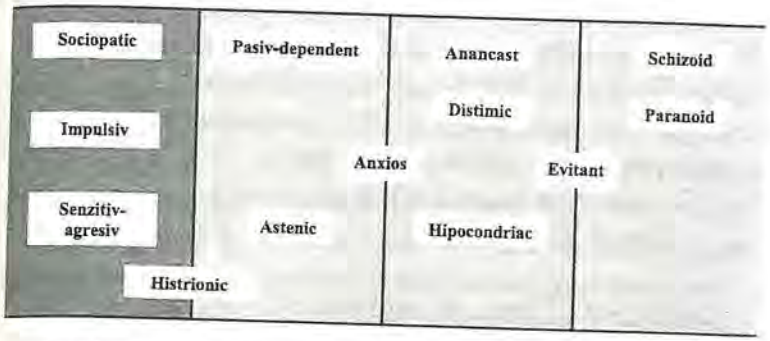
Nu s-a dat fiecărei trăsături o definiţie operaţională, faptul nefiind uzual la data elaborării instrumentului, folosindu-se accepţiile lor uzuale şi de dicţionar. Pentru fiecare au fost construite întrebări, elaborându-se astfel un chestionar. Acesta a fost apoi aplicat unor cazuri, selectate de autori pe baza experienţei clinice. Pe baza prelucrării datelor, a retestărilor succesive, s-a ajuns la versiunea finală a unei scale de evaluare a tulburărilor de personalitate – Personality Assessment Scale (PAS). Aceasta se corelează cu o anumită concepţie privitoare la tulburările de personalitate, ce are următoarele supoziţii teoretice:

- tulburările de personalitate sunt doar cantitativ diferite de variantele normale ale personalităţii;
- personalitatea e caracterizată prin trăsături ce sunt relativ constante în timp;
- tulburările de pers onalitate condiţionează deficienţa funcţionării personale şi sociale, disfuncţionalităţile sociale fiind o marcă a gravităţii;

- tulburările de personalitate sunt tulburări de lungă durată, ce apar devreme, în perioada adultului tânăr, astfel încât evaluarea trebuie să fie longitudinală. În cadrul interviului PAS pentru evaluarea tulburărilor de personalitate, se cere ca acesta să fie făcut de către o persoană instruită în acest sens, cu experienţă, care să obţină concomitent informaţii de la pacient şi de la o persoană care-l cunoaşte bine de cel puţin cinci ani pe acesta. Întrebările insistă asupra modalităţii de inserţie socială, a funcţionării în familie, în raportarea la cunoştinţe şi prieteni, asupra modului de a aborda rolurile sociale şi societatea, în general. Se cere clarificarea funcţionării în viaţa de zi cu zi, chiar în perioadele de vacanţă sau distracţie, dar şi schimbări ale locuinţei sau locului de muncă, ale regulilor şi normelor, date asupra infracţionalităţii, adicţiei etc. Pe baza acestor date se diferenţiază între: trăsături accentuate de personalitate, tulburare de personalitate simplă, complexă (care se manifestă cu două sau mai multe categorii) şi tulburare de personalitate severă (individul nu poate vieţui în comunitate şi îşi petrece aproape toată viaţa adultă în instituţii medicale sau penitenciare).

Privitor la tipurile de tulburări de personalitate, versiunea originală a PAS se referă la: 1. sociopat; 2. pasiv-dependent; 3. anancast; 4. schizoid; 5. exploziv; 6. senzitiv-agresiv; 7. histrionic; 8. astenic; 9. anxios; 10. paranoid; 11. hipocondriac; 12. distimic; 13. evitant. Aceste tipuri se regăsesc în literatura tradiţională şi în ICD-10. Tipurile categoriale rezultă dintr-o anumită combinaţie a trăsăturilor psihologice, evaluate prin PAS. A rezultat astfel un sistem categorial-dimensional. Unele tipuri au corespondenţe în psihopatologia germană, dar nu se mai regăsesc ulterior. Tipologia tulburărilor de personalitate elaborată de Tyrer se bazează, în mare parte, şi pe prelucrarea statistică a datelor obţinute cu PAS. Tot din prelucrarea statistică rezultă împărţirea tipurilor în patru clustere:

Tabelul 7.3. *Subdivizarea în clustere a tulburărilor de personalitate (după Tyrer)*



Este interesant că aceste clustere se aseamănă în mare măsură cu cele sugerate de DSM-IV şi cu cele relevate de Livesley.

Versiunea originală a PAS a fost adaptată pentru a se aplica la DSM-IV. După apariţia ICD-10, Tyrer a adaptat PAS pentru a putea diagnostica tulburările de personalitate acceptate de acest sistem de diagnostic internaţional. Pentru aceasta, a redus o parte dintre trăsăturile conţinute în PAS-ul original şi a adăugat un set de întrebări pentru fiecare categorie a ICD-10.

Concepţia despre tulburările de personalitate a lui Tyrer se remarcă prin flexibilitate. Tulburările de personalitate sunt caracterizate atât prin trăsături, cât şi prin categorii. Sistemul său dimensional are în vedere doar trăsături exagerate, disfuncţionale de personalitate, şi nu trăsături şi faţete ale persoanei normale, ca în cazul teoriei celor cinci mari factori. Deschiderea spre înţelegerea dimensională a tulburărilor de personalitate se extinde şi în perspectiva continuumului cu stările psihopatologice de pe Axa I. Tyrer pledează pentru menţinerea conceptului de *nevroză*, cu referire la tulburările anxios-depresive ce apar la persoane din clusterul C al DSM-IV. Acest grup mare de patologie ce se poate manifesta în variate combinaţii („în sens dimensional") este numit de autor *cotymie*.

Importante sunt şi studiile epidemiologice ale echipei lui Tyrer, precum şi cele longitudinale, privitoare la tulburările de personalitate. Până în prezent, această echipă a dovedit cea mai amplă urmărire longitudinală prospectivă a unor cazuri de tulburări de personalitate riguros cercetate în cadrul studiului „Notthingham". Un domeniu special de cercetare al echipei lui Tyrer îl constituite colaborarea cu medicii generalişti în studierea tulburărilor de personalitate, în îngrijirile medicale primare, dar şi pledoaria pentru interpretarea relaţiilor dintre Axa I şi Axa II prin modele conceptuale explicite.

Livesley concepe tulburarea de personalitate ca având o caracteristică generică ce o diferenţiază de alte tulburări psihice, dar care se cere diagnosticată la fel ca acestea (plasându-se astfel pe Axa I a DSM-III şi DSM-IV). Diferenţierea între diverse tulburări de personalitate este concepută însă dimensional, şi nu categorial, prin combinarea unor trăsături psihopatologice. Pe baza studierii literaturii clasice şi contemporane, a propriei experienţe şi a unor studii ţintite, Livesley a ajuns la 18 dimensiuni, trăsături sau factori bazali. Programul a fost iniţiat în 1986, într-o perioadă în care funcţionau deja definiţiile operaţionale, iar în DSM-III erau descrise prototipic categorii de tulburări de personalitate. S-a pornit de la aproximativ 2 000 de itemi iniţiali, ce au fost reduşi la 100 de trăsături, apoi la 79 de dimensiuni, în baza similarităţii şi subsumării de semnificaţie. Aceştia au fost apoi investigaţi prin chestionarea a 274 de persoane din populaţia generală şi a 158 de pacienţi diagnosticaţi cu tulburare de personalitate. Diferenţele dintre cele două loturi sunt doar cantitative. Cele 18 dimensiuni la care s-a ajuns în final sunt: 1. *lipsa stimei de sine*: stimă de sine scăzută, care duce la nevoia de a cere sfaturi şi reasigurări, sugestibilitate şi sugestionabilitate; 2. *tulburarea identităţii*: slabă, concepţie de sine, stimă de sine scăzută, anhedonie şi atitudine pesimistă, sentiment de gol şi lipsă de satisfacţie; 3. *ataşament nesigur*: comportamente de ataşament activat de stress;

este necesară prezenţa figurilor de ataşament pentru coping şi crearea sentimentului de siguranţă; teamă de pierdere sau separare de figurile de ataşament; 4. *dispreţ în relaţiile interpersonale*; 5. *probleme de intimitate*; 6. *narcisism*; 7. *opoziţie pasivă*: stil de coping pasiv; 8. *distorsiuni perceptual-cognitive*; 9. *rejecţie*; 10. *expresii restrânse*; 11. *automutilare*; 12. *evitare socială*; 13. *căutare de stimuli*; 14. *suspiciozitate*; 15. *submisivitate*; 16. *anxietate*; 17. *labilitate afectivă*; 18. *compulsivitate*.

Fiecare dimensiune bazală constă, în varianta iniţială a demersului lui Livesley, din mai multe dimensiuni subordonate sau faţete – în total, aproximativ 79. Astfel, dimensiunea bazală a neîncrederii în sine, cea de-a cincea din listă, ar avea următoarele faţete:

- submisivitate: individul este neasertiv, îndură abuzul pentru a menţine relaţia, urmează ordinele şi dorinţele altora;
- sugestionabilitate: e uşor de convins, uşor de păcălit şi excrocat, are prea multă încredere în alţii;
- nevoia de sfaturi şi reasigurări: individul urmează frecvent sfaturi, caută activ sfaturi şi reasigurare; se supune deciziilor altora.

Livesley şi Jackson au elaborat un instrument de evaluare a tulburărilor de personalitate: The Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire (DAPP-BQ). Chestionarul evidenţiază cele 18 dimensiuni şi foloseşte 290 de itemi, la fiecare răspunzându-se pe o scală Likert cu cinci trepte. Sunt acoperiţi itemi din DSM-III, dar nu e adoptat sistemul categorial al acestuia.

Concepţia lui Livesley asupra tipologiei tulburărilor de personalitate este una ierarhică. Se are în vedere un nivel bazal al trăsăturilor exprimate prin cei 18 factori, care, la rândul lor, pot fi prezentaţi fiecare prin mai multe „faţete". Deasupra acestora se organizează însă un nivel mai general, supraordonat. Analiza statistică a cazuisticii indică existenţa, în cele din urmă, a patru clustere. Acestea sunt:

1. instabilitatea generală a comportamentului: dezorganizare persistentă care implică procese perceptuale şi cognitive instabile şi distorsionate, slab control al impulsurilor, lipsa conformismului social, nevoia de schimbare;
2. retragere socială: evitarea contactelor generale, probleme de intimanţă, expresie redusă a afectului, evitarea autodezvăluirii;
3. dependenţă: bazare excesivă pe impulsurile din mediul extern pentru menţinerea stimei de sine;
4. compulsivitate: ordine, meticulozitate, conştiinciozitate şi nevoia de a fi constant activ.

În ceea ce priveşte caracterizarea generală a tulburărilor de personalitate, Livesley insistă că aceasta trebuie făcută explicit, şi nu doar dedusă din gravitatea trăsăturilor dezadaptative, aşa cum ar rezulta din aplicarea modelului celor cinci mari factori (FFM) sau a circumplexului. De asemenea, consideră că pentru caracterizare nu e suficientă sesizarea perturbării comportamentului şi a funcţionării sociale, dezadaptarea, încălcarea normelor sau infracţionalitatea. Persoanele cu tulburare de personalitate au o modificare a structurării eului, a sinelui, nu doar resimţită subiectiv, ci suficient exprimată printr-o serie de caracteristici deficitare ale sinelui.

Viziunea lui Livesley asupra tulburărilor de personalitate e sintetică şi puţin eclectică. Ea se impune prin sublinierea faptului că e vorba de o tulburare psihică specifică, distinctă de altele, dar de aceeaşi natură cu aceasta, în cadrul unui continuum maladiv. Viziunea categorială nu e promovată, varietatea de manifestare fiind asigurată prin dimensiuni şi clustere, dar concepţia sa e compatibilă cu cea categorială, fiind într-un fel complementară acesteia.

Demersul general al lui Livesley în aria tulburărilor de personalitate a fost paralel cu cel a lui Clark cu care a şi colaborat apoi, într-un fel de reunire a forţelor, pentru aceeaşi idee. Clark a elaborat un instrument – The Schedule for Nonadaptative and Adaptative

Personality (SNAP) – care cuprinde 370 de întrebări de tipul „Adevărat"/„Fals". Alături de 12 scale componente cu diagnosticele de pe Axa II a DSM, SNAP evidenţiază şi scala pentru temperament (IT). Sunt şi itemi care se referă la tulburările de personalitate în altă formulare decât cea din DSM-III şi alte congruenţe cu simptome de pe Axa I. Ideea de bază a lui Clark a fost aceeaşi ca şi cea a lui Livesley: de a identifica un număr de trăsături psihopatologice de nivel bazal – de la 22 de clustere s-a ajuns la 15 trăsături –, iar apoi, fără a se fixa de categorii diagnostice, de a identifica structuri (clustere) de înalt nivel. Începând cu 1990, Livesley şi Clark au colaborat în dezvoltarea acestui concept ierarhic. Trăsăturile de bază identificate de aceşti autori ar fi în mare parte transmisibile genetic.

Theodore Millon a construit un instrument de investigare a tulburărilor de personalitate care s-au diversificat progresiv, fiind mult utilizat. S-a ajuns la varianta a treia a The Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III, 1997). Acesta este un chestionar cu 175 de itemi, la care se răspunde cu „Adevărat"/„Fals" şi evidenţiază patologia de pe Axa I şi II în conformitate cu concepţia sa asupra continuumului psihopatologic. Dintre tulburările de personalitate sunt identificate, pe lângă cele din DSM-IV, şi cea agresiv-sadică, masochistă şi negativistă (pasiv-agresivă).

Concepţia lui Millon privitoare la tulburările de personalitate e una eclectică, pe care autorul o plasează într-o înţelegere „evoluţionistă" a personologiei. Tulburările de personalitate s-ar cere înţelese şi comentate nu din perspectiva unei unice teorii sau doctrine rigide, ci în cadrul unui „program de cercetare" asupra personalităţii, deschis mai multor conceptualizări. Millon recomandă să se folosească nu doar definiţii operaţionale, care vizează entităţi ce se cer măsurate, ci şi „concepte deschise".

Persoana e concepută ca dezvoltându-se în stadii succesive pe fundalul maturării şi dezvoltării biologice, neurofiziologice. După

„stadiul potenţialităţii", caracterizat prin plăcere/durere, ar urma cel al aclimatizării ecologice – pasivitate *vs* modificare ecologică (activitate) – apoi cel al identităţii de sex puberale, cu polarizare între sine şi altul, urmat de cel al raţionării intelectuale (gândire/simţire). Influenţele familiale, educative şi evenimenţiale acţionează în tot cursul ontogenezei, putând conduce la tulburări de personalitate.

Tulburările de personalitate sunt înţelese într-un continuum al tulburărilor psihice, la celălalt pol aflându-se „simplele reacţii", iar la mijloc „sindroamele complexe". Acestea din urmă sunt într-un continuum cu tulburările de personalitate, pe când simplele reacţii (la evenimente psihosociale sau stresuri ce implică organismul/creierul) nu presupun fondul personalistic decât, eventual, ca aspect patoplastic. Această viziune a continuumului între trei instanţe păstrează tulburarea de personalitate ca entitate nosologică şi se contrapune în mare măsură fragmentării în sindroame multiple, propună DSM-III şi DSM-IV. Ideea „sindroamelor complexe" e similară până la un punct cu *cotymia* lui Tyrer şi se articulează cu tendinţa nosologică actuală de a identifica episoade psihopatologice multisindromale. Pe de altă parte însă, în ceea ce priveşte tulburările de personalitate, Millon pledează pentru acceptarea de subtipuri pentru fiecare dintre categoriile acceptate în prezent. De fapt, critica sa se îndreaptă asupra modului în care e făcută prezentarea prototipică în DSM, pe care o consideră neunitară pentru diversele categorii, şi aceasta nu doar din cauză că se pretinde un număr diferit de criterii, în general, şi necesare pentru diagnostic, în particular, ci şi pentru că nu la toate categoriile sunt trecute în revistă, cu precizări explicite, aceleaşi aspecte ale personalităţii. De exemplu, dacă tulburarea relaţiilor interpersonale e o caracteristică a tulburărilor de personalitate, ea – susţine Millon – se cere menţionată la toate, în mod similar.

Tabelul 7.4. *Caracterizarea interpersonală a diverselor tulburări de personalitate (după Millon)*

	Conduita interpersonală
Schizoid	Neangajat (de exemlu, pare indiferent şi detaşat, răspunde rareori la acţiunile şi sentimentele celorlalţi, alege activităţile solitare, posedă interese „umane" minime, se menţine în fundal, este distant şi „invizibil", nu doreşte şi nu se bucură de relaţii strânse, preferă un rol marginal în mediul social, de lucru şi familial).
Evitant	Aversiv (de exemplu, se distanţează de activităţile care presupun relaţii interpersonale intime şi raportează un istoric de pananxietate socială şi neîncredere; caută să fie acceptat, dar nu doreşte să se implice dacă nu este sigur că este simpatizat; menţine distanţa şi îşi apără viaţa privată pentru a evita sentimentul de ruşine şi umilinţă).
Depresiv	Lipsit de apărare (de exemplu, se simte vulnerabil, expus atacurilor şi neprotejat, va căuta alte persoane care să îl aibă în grijă şi să îl apere; se teme de a fi abandonat şi părăsit; nu numai că se va comporta ca şi cum ar fi în permanenţă în pericol, dar va căuta şi chiar va cere asigurări privind afecţiunea, devoţiunea şi constanţa celorlalţi faţă de el).
Dependent	Submisiv (de exemplu, are nevoie de sfaturi excesive şi reasigurări, ca şi de subordonarea faţă de o figură mai puternică, protectoare, fără de care se poate simţi anxios şi disperat: este compliant, conciliator şi dispus la concesii, se teme să fie lăsat să-şi poarte singur de grijă).
Histrionic	Căutător de atenţie (de exemplu, solicită în mod activ să fie lăudat şi îi manipulează pe ceilalţi pentru a primi asigurările, atenţia şi aprobarea de care are nevoie; este insistent, flirtează, este vanitos şi seducător, exhibiţionist, în special când doreşte să fie în centrul atenţiei).
Narcisic	Exploatator (de exemplu, se consideră îndreptăţit, este lipsit de empatie şi aşteaptă să fie tratat diferenţial, fără a returna favorurile respective; nu simte ruşine, consideră că totul i se cuvine şi se foloseşte de ceilalţi pentru a-şi satisface dorinţele proprii).

	Conduita interpersonală
Antisocial	Iresponsabil (de exemplu, este nedemn de încredere şi nu se poate pune bază pe el, nu reuşeşte să facă faţă sau, în mod intenţionat, îşi neglijează obligaţiile personale maritale, parentale, la locul de muncă sau financiare; în mod activ, încalcă drepturile celorlalţi şi depăşeşte limitele normale ale codurilor sociale, comportamentul său implicând înşelăciuni sau ilegalităţi).
Agresiv (Sadic)	Abraziv (de exemplu, arată satisfacţie în intimidarea, forţarea şi umilirea celorlalţi; prezintă în mod regulat comentarii verbale abuzive sau umilitoare social şi manifestă comportamente vicioase, dacă nu chiar brutale fizic).
Compulsiv	Respectuos (de exemplu, prezintă o aderenţă neobişnuită faţă de convenţiile şi normele de comportament sociale, este scrupulos şi extrem de rigid în privinţa problemelor de moralitate şi etică; preferă relaţiile politicoase, formale şi corecte celor personale informale; insistă, de obicei, ca subordonaţii să adere la regulile şi metodele stabilitate de el).
Negativist (Pasiv-Agresiv)	Contradictoriu (de exemplu, îşi asumă roluri opuse şi schimbătoare în relaţiile sociale; este în mod particular dependent, contrazice frecvent, este asertiv şi de o independenţă agresivă; manifestă pică şi invidie faţă de cei mai norocoşi; acţionează opozându-se manifest sau fiind treptat obstructiv sau intolerant faţă de ceilalţi, exprimând atitudini fie negative, fie incompatibile).
Auto-defetist (Masochist)	Deferenţial (de exemplu, se distanţează de cei care îl susţin constant, relaţionând cu cei care îi cer să se manifeste servil şi sicofantic, permiţând, dacă nu chiar încurajând, din partea acestora o atitudine de exploatare, maltratare sau profitare; contracarează încercările altora de a-l ajuta şi cere să fie condamnat prin acceptarea blamului nemeritat şi a criticismului nejustificat).
Schizotipal	Secretos (de exemplu, preferă singurătatea şi izolarea, cu unele încercări de ataşare şi asumare a obligaţiilor personale; cu timpul, se izolează în roluri vocaţionale tot mai periferice şi activităţi sociale clandestine).
Borderline	Paradoxal (de exemplu, cu toate că are nevoie de atenţie şi afecţiune, este, în mod imprevizibil, opus altora, manipulativ şi volatil, de multe ori manifestând rejecţie mai curând decât sprijin; reacţionează agitat la teama de abandon şi izolare, dar, de multe ori, în mod agresiv şi nepotrivit).

	Conduita interpersonală
Paranoid	Provocator (de exemplu, nu numai că poartă pică şi nu iartă greşelile din trecut, dar manifestă o atitudine certăreaţă, iritabilă, brutală faţă de cunoştinţele mai noi; precipitează apariţia exasperării şi a furiei la ceilalţi prin testarea continuă a loialităţii şi o preocupare intruzivă şi inchizitorie faţă de eventualele motive ascunse).

Într-un mod asemănător cu disfuncţia relaţiilor interpersonale ar trebui comentate – susţine Millon – şi alte aspecte, cum ar fi afectivitatea, percepţia, gândirea, controlul impulsurilor etc. De fapt, autorul pledează pentru descrierea unor „tipuri ideale" cât mai pure şi orientative. Căci, susţine el, oricum aceste tipuri sau prototipuri trebuiesc completate cu subtipuri care sunt sugerate de practică şi care ar rezolva, cel puţin parţial, problema diversităţii cazurilor ce pot beneficia de acelaşi diagnostic.

Neoptând pentru un sistem dimensional şi menţinând tulburările de personalitate într-un continuum cu restul patologiei psihiatrice, Millon găseşte o cale pentru a se apropia de realitatea faptică a cazuisticii, invitând la descrieri de cazuri pregnante. Este reactivată astfel, într-o formă modernă, problema ce era în dezbatere pe vremea lui Jaspers, adică cea a tipului ideal dublat de cazuistica pregnant prezentată, sub formă de cazuri exemplare sau cazuri reale semnificative.

Evaluarea critică a sistemelor prezentate

Diversele concepţii necategoriale despre tulburările de personalitate sunt, implicit, concepţii despre personalitatea umană. Varietatea lor este, până la un punct, utilă, pentru că aruncă o lumină asupra unor aspecte ale persoanei care sunt complementare, o lecturează în diverse coduri, reliefând faţete variate ale acesteia. E de presupus, desigur, că persoana umană, în general, în anumite specificităţi dizarmonice şi în multiple cazuri individuale, se afirmă independent de modurile din care e privită şi lecturată. De asemenea, e de presupus că există ceva constant, structural, în spatele manifestărilor

diacronice, care, chiar dacă apare diferit în diverse „texte" şi evaluări ale unor abordări, nu poate să nu trimită la aspecte invariabile constante. De asemenea, se cere acceptat faptul că nu e posibil să se conceapă o doctrină şi o metodologie definitivă, unică şi infailibilă pentru receptarea şi interpretarea persoanei umane normale şi dizarmonice.

Teoria celor cinci mari factori asigură o acceptabilă acoperire caracteriologică, în perspectiva dimensiunilor psihice. Ea este însă lipsită de structură, centrare şi ierarhizare. Se presupune tot timpul că persoana e centrată de un eu, un sine (*self*), reflexiv, spontan şi proiectiv, dar totul rămâne o presupoziţie neexplicită. De asemenea, atitudinile, problemele şi comportamentul interpersonal, atât de mult accentuate de teoria circumplexului, sunt puse alături de alte manifestări psihice, fără diferenţiere. Nu e comentată stima de sine scăzută sau crescută. În sfârşit, nu sunt reliefate acţiunile care implică moralitate, responsabilitate, discernământ, culpă, generozitate. În doctrina psihanalitică, pe cât e ea de rigidă şi generalizatoare, este loc pentru eu, sine, impulsuri, tendinţe, reflectarea altora în sine prin introjecţia normativităţii sociale reprezentată de supraeu. Aceasta conduce la conflict intrapsihic. Concepţia lui Livesley, a lui Millon şi, până la un punct, chiar circumplexul interpersonal, fac loc şi ele unor astfel de probleme. De aceea, propunerea insistentă a unora ca FFM să fie singura completare a sistemului categorial într-un viitor DSM-V, limitează perspectiva asupra persoanei.

Circumplexul interpersonal rămâne interesant şi util din multe puncte de vedere, dar şi în acest caz, în forma clasică a circumplexului, eul, sinele şi conştiinţa morală sunt doar implicate, presupuse. O serie de aspecte ale psihismului nu sunt comentate, aşa cum au indicat cei care arătau că doar doi dintre cei cinci mari factori sunt bine reprezentaţi. Lipseşte, de exemplu, ceea ce se leagă cu iniţiativa în acţiune şi autodirecţionarea spre atingerea unui scop, adică primul factor caracterial a lui Cloninger. Faptul este explicabil deoarece

acesta nu este expresia directă a unor relaţionări interpersonale. Odată cu el, lipseşte însă şi tot ceea ce ţine de organizare şi ordonare în existenţa unui om. S-ar putea imagina – şi parţial s-a imaginat – o axă suplimentară într-un circumplex complementar, polarizată între planificarea ordonată şi perseverenţă, în raport cu spontaneitatea, impulsivitatea şi manifestările predominant circumstanţiale. În FFM, prima ar ţine de conştiinciozitate, a doua, de nevroticism. Sunt multe alte axe care ar putea fi introduse astfel încât *metoda* circumplexului să fie folosită ca un fel de lupă de lectură, ce se aplică succesiv aceluiaşi caz sau aceleiaşi persoane.

Nici FFM şi nici circumplexul nu ţin seama de diferenţierea între temperament şi caracter, după cum, împreună cu psihanaliza, nu ţin seama de manifestările persoanei în contexte variate, fapt asupra căruia au atras atenţia Bandura şi Mischel.

Sistemul lui Cloninger dă siguranţă prin rigiditatea sa şi tonul ferm în care e prezentat. Tematica relaţiilor interpersonale e doar implicată în cadrul dimensiunii „cooperativităţii" şi, la fel, cea a reprezentării celorlalţi în sine, deşi se recunoaşte rolul formativ al familiei. Tema conştiinţei morale este, de asemenea, periferică deşi trăirile spirituale, mai ales în sensul experienţelor mistice, nu sunt doar acceptate, ci larg comentate în perspectiva unei psihologii transpersonale.

Tyrer nu comentează persoana normală decât aluziv. Totuşi, acordă atenţie inserţiei acesteia în universul interpersonal-social cu referinţă la familie, microgrupuri, profesie, locuinţă, norme sociale, toate aceste zone fiind indicatori posibili ai tulburărilor de personalitate.

Livesley insistă mai mult asupra sinelui, eului, relaţiilor interpersonale şi celor de microgrup, lăsând şi el în umbră diferenţierile între temperament şi caracter sau tema conştiinţei morale.

Millon sugerează o schemă vagă a personalităţii şi dezvoltării acesteia, susţinând continuumul tulburărilor psihice între simpla reacţie, sindroamele complexe şi tulburările de personalitate. În plus,

argumentează prea clar nici continuumul, nici punctele de discon-
ıitate cu normalitatea. Un merit al lui Millon este că atrage
nţia asupra varietăţii cazuistice, a subtipurilor, a studiilor de caz
ıtru a nu ne lăsa copleşiţi de criteriologia nomotetică a categoriilor
)entru a depăşi simpla combinare a trăsăturilor.

Diversele sisteme dimensionale propun un comentariu analitic al
ıcturii caracteriale a tulburărilor de personalitate mult mai detaliat
:ât sistemele categoriale prototipice. Totuşi, este în continuare loc
ıtru perspective analitice mai nuanţate care să îndepărteze ambi-
tatea, aspectul vag şi neprecis al multor evaluări. Vom comenta
eva aspecte.

Când se vorbeşte de afectivitate nu se face mereu distincţie între
oţii, dispoziţie afectivă, atitudine afectivă, faţă de altul şi faţă de
e, şi sentiment. Dragostea, ura, ignorarea sunt diferite de euforie,
ıietate, iritare, apatie, precum şi faţă de bucurie, spaimă, furie,
:activitate. Afirmarea „instabilităţii afective" ar trebui să precizeze
care aspecte ale afectivităţii se face referire.

Comportamentul impulsiv poate fi strict endogen sau favorizat
)gen, poate fi cu încărcătură agresivă, cu orientare sexuală,
vitor la alimentare sau la uzul de substanţe psihoactive. El poate
:a bunuri nepersonalizate, alte persoane sau propria persoană.
:liberarea interioară poate lipsi complet sau poate să se desfăşoare
uşi parţial. Atuni când la o tulburare de personalitate se afirmă
pulsivitatea crescută, se cere precizat care aspect al acesteia este
ut în vedere.

Relaţiile cu alţi oameni se pot desfăşura la un nivel superficial,
contactului interpersonal. Poate fi însă în joc şi o relaţie inter-
rsonală, care presupune o cunoaştere reciprocă mai deosebită şi
ntacte habituale. În cazul legăturii interpersonale, e vorba de ceva
nstant, care dăinuie dincolo de circumstanţe, putând implica zona
timă a subiectului. Când se comentează perturbarea relaţiilor
terpersonale la cei cu tulburări de personalitate, se cere precizat la

care aspect al acestora se face referire şi în ce corelaţie cu afectivitatea şi/sau impulsivitatea.

Etichetarea unei persoane ca prezentând o tulburare de personalitate şi plasarea ei într-o categorie prototipică este un demers exterior ce se plasează la nivelul impersonal al statisticii. Evaluarea ei mai detaliată, prin diverse sisteme dimensionale, poate da un plus de acurateţe categorizării iniţiale. De asemenea, cazuistica, în perspectiva subtipurilor şi apoi a biografiei se apropie mai mult de „realitate". Însă niciodată realitatea efectivă a unei persoane umane date nu poate fi transpusă integral în logosul discursiv.

Şi totuşi, grilele de acurateţe în caracterizare şi etichetare sunt totdeauna utile, alături de bogăţia limbajului utilizat şi de talentul de portretist – şi de terapeut – al celui ce intreprinde demersul.

Capitolul 8

Diagnosticul şi evaluarea tulburărilor de personalitate

Diagnosticul tulburării de personalitate este problematic şi dificil. El este în mare măsură dependent de criteriile acceptate pentru caracterizarea generală a tulburărilor de personalitate şi de viziunea categorială sau dimensională privitoare la varietatea de manifestare a acestora. Acest diagnostic necesită mult timp, pentru că se cere analizată întreaga biografie a persoanei din multe puncte de vedere şi din diverse surse. Noţiunea de *diagnostic* se aplică la acest nivel într-un sens special, larg, fără a fi întru totul similară cu diagnosticul bolilor din medicină, inclusiv din cea psihiatrică. Evaluarea tulburărilor de personalitate se apropie, în primă instanţă, de cea a caracterizării tipologice, a caracterizării de ansamblu a unei persoane.

Drept ghid pentru evaluarea şi diagnosticul tulburărilor de personalitate pot fi considerate criteriile generale şi categoriale din ICD-10 şi DSM-IV. Nu se poate pune un diagnostic de tulburare de personalitate de un anumit tip, altfel spus cu referinţă la o anumită categorie, fără ca acesta să presupună explicit prezenţa criteriilor generale ale tulburărilor de personalitate, precum şi precizarea gravităţii acesteia – medie, gravă, foarte gravă –, atât în general, cât şi privitor la profilul tipologic. Se pot identifica şi „trăsături accentuate ale

personalităţii", etichetându-se o personalitate „particulară", care creează unele probleme mai ales în mediul familial şi al celor apropiaţi, caz în care nu avem încă un diagnostic de tulburare de personalitate.

Nu trebuie niciodată să se omită că, diagnosticul Axei II din DSM-III şi DSM-IV este un indicator pentru ampla problemă a terenului personalistic, ce presupune biografia, structura personalităţii şi nişa lui ecologică umană corelativă (a se vedea capitolul 6).

8.1. Obţinerea datelor pentru diagnosticul tulburărilor de personalitate

Cu referire strictă la evaluarea psihică a persoanei, Cattel (Feist, 1985) menţiona deja ca necesare trei seturi de date:

- date obţinute prin chestionare (Q-data);
- observaţia comportamentului (L-data);
- teste psihologice (T-data).

Această împărţire simplifică viziunea largă pe care o presupunea Jaspers, la începutul secolului XX, pentru cunoaşterea şi înţelegerea unei persoane. Acesta sugera obţinerea unor date multiple, în care se includ: discuţii repetate, observaţia persoanei în diverse împrejurări, apropierea de intimitatea sa, mărturii ale diverselor cunoştinţe, documente, precum scrisori, note autobiografice, produse culturale create de subiect, fără a se ignora stilul exprimării (de exemplu, grafologic), aspectul persoanei şi al ambianţei sale fizice imediate (îmbrăcăminte, locuinţă) şi, desigur, autodescrierea şi autocalificarea persoanei. Toate datele se reunesc în perspectiva biografiei, a dezvoltării formative şi a funcţionării sale în roluri, dar şi a structurii psihice a persoanei, a evantaiului său de trăiri, a bogăţiei de manifestări şi

relaţionării interpersonale, precum şi a cunoştinţelor sale teoretice, a culturii sale, a felului în care îşi reprezintă lumea, a convingerilor şi credinţelor, a concepţiei sale despre lume.

Viziunea şi metoda lui Jaspers este fenomenologică, antropologică, tinzând spre ideografic şi descriere de cazuri tipic exemplare. În personologia americană, Allport (Feist, 1985) a încercat să continue această linie. Abordarea lui Cattel este mai restrânsă, ea concentrându-se pe aria de specialitate a psihologului. Dar şi acest demers este prea amplu pentru curenta practică psihiatrică, mai ales cea contemporană.

O persoană poate fi circumscrisă şi „diagnosticată" cu atât mai uşor cu cât e mai bine cunoscută. În practica psihiatrică şi psihologică se pune însă problema evaluării unor persoane ce sunt întâlnite pentru prima dată şi despre care se încearcă să se obţină şi să se sistematizeze informaţii într-un timp limitat şi scurt.

Chestionarea persoanei în cauză, nestructurată şi structurată, este o metodă importantă, chiar de elecţie. Însă nu este singura. Informaţiile pot fi şi trebuie obţinute de la terţe persoane. Uneori, poţi caracteriza şi evalua, din relatările unui relativ sau ale mai multora, o persoană doar până la un punct.

Administrarea unui chestionar de autoevaluare poate fi utilă. Este o metodă rapidă, economică şi orientativă. Dar opinia despre sine a persoanei ce completează chestionarul poate fi deformată: prin starea sa de moment, prin importanţa acordată de acesta chestionarului, prin eventualele tulburări psihopatologice de pe Axa I – de exemplu, depresie sau schizofrenie. Însăşi prezenţa unei tulburări de personalitate poate deforma autoevaluarea, subiectul tinzând să se prezinte altora într-un anumit fel, în mod diferit în cazul unui histrionic, narcisic, dependent, schizoid. Autoprezentarea mai poate fi modificată de nesinceritatea voită a subiectului. Acest fapt e valabil până la un punct şi în cazul unei chestionări directe. Totuşi, subiectul este cel ce se cunoaşte cel mai bine pe sine, ştie felul în care a trăit,

reacţionat şi s-a comportat de-a lungul întregii vieţi şi în variate împrejurări. De aceea, el rămâne sursa fundamentală de informare.

Administrarea de către un investigator a unui chestionar pentru evaluarea tulburărilor de personalitate poate fi structurată de însăşi forma interviului, ce constă din întrebări precise. Dar mult mai utile sunt chestionarele semistructurate. Acestea conţin, de obicei la început, şi întrebări deschise, în care subiectul este invitat să se autodescrie, indicându-i-se ariile şi perioadele de viaţă la care să se refere, avându-se în vedere, de regulă, întreaga biografie. Interesează mai ales felul în care au fost parcurse ciclurile vieţii: formarea în familie, perioada educativă, exercitarea profesiei, întemeierea şi menţinerea unei familii proprii (eventual, a multiplelor căsnicii), ciclul locativ, afirmarea socială, apoi evenimentele de viaţă, schimbările de viaţă trăite particular, conflictele cu autorităţile, cu poliţia, detenţii, toxicomanii etc.

Întrebările directe ale unui interviu se referă la relaţiile interpersonal-sociale, la comportamentul în diverse situaţii, la stilul exercitării rolurilor sociale, la reactivitate etc. Se urmăreşte evidenţierea unor trăsături anormale constante ale persoanei, care condiţionează probleme de adaptare, eşecuri în rezolvarea problemelor importante ale vieţii. Pe lângă întrebările principale, se pun şi întrebări secundare, de detaliere, sau întrebări complementare, indirecte. În interviurile semistructurate, experienţa examinatorului cu persoanele ce manifestă tulburări de personalitate, experienţa sa în administrarea de chestionare, în general, şi a chestionarului special administrat joacă un rol important. În relaţia directă cu cel examinat, se poate urmări expresivitatea generală a acestuia, aspectul mimico-gestual, limbajul, atitudinea interpersonală faţă de interlocutor, spontaneitatea răspunsurilor (Dafinoiu, 2002).

De regulă, în evaluarea tulburărilor de personalitate e important să se obţină date, informaţii şi de la terţe persoane. În principiu, se chestionează o rudă sau o cunoştinţă apropiată care cunoaşte subiectul

de mai mult timp. Unii autori menţionează ca necesar cel puţin cinci ani. Se aplică acestora aceleaşi întrebări sau cel puţin întrebări (privitoare la aceleaşi domenii) asemănătoare cu cele puse pacientului. Informaţiile obţinute de la o altă persoană privitoare la stilul comportamental pot fi congruente sau, mai mult sau mai puţin, diferite de cele ale subiectului; la fel, cele privitoare la intensitatea unor tulburări comportamentale. Evaluatorul trebuie să decidă, în acest caz, asupra unei note de evaluare, aleasă dintre mai multe nivele sau eventualităţi. Diferenţele sau deformările ce apar pot depinde de: relaţia în care se află informantul cu subiectul, eventual starea de moment a relaţiei respective, perspectiva din care îl cunoaşte, atitudinea pe care o are faţă de acesta, situaţiile în care l-a observat, intenţia pe care o are în furnizarea informaţiei, „interesele" aflate în joc etc. De obicei, sunt de preferat persoane apropiate ce doresc să-l sprijine cu obiectivitate.

Pe lângă unul sau mai mulţi informanţi apropiaţi de subiect, mai sunt utile date oficiale despre el din partea unor instituţii ca şcoala, locul de muncă, partenerii de afaceri şi de hobby, armată, poliţie etc. Cercetarea de teren pe care o face un asistent social obţinând informaţii din diverse surse este totdeauna utilă, deoarece adună date asupra comportamentului în diverse împrejurări şi contexte.

Pe lângă chestionarele generale de personalitate, se pot utiliza şi chestionare ţintite – de exemplu, privitoare la impulsivitate, dependenţă, instabilitate, ordine. Se pot utiliza şi teste proiective, dar rezultatul acestora nu este standardizat. Evaluarea tulburărilor de personalitate se face, desigur, şi prin analiza detaliată a biografiei, prin discursul narativ al pacientului şi al celor ce-l cunosc, prin reunirea unor multiple – cât mai multe – informaţii, în sensul conferit de Jaspers. Interviul clinic natural, făcut cu atenţie de persoane competente şi cu experienţă, poate fi echivalent cu – sau mai important decât – chestionarul standardizat. Chestionarele şi interviurile nu ajută numai la standardizarea rezultatelor. Ele orientează abordarea într-o direcţie

categorială sau dimensională. În ultimul timp, se încearcă orientarea clinicianului prin propunerea de a consulta variate cazuri prototipice dincolo de orientarea strictă spre categorii (Westen, 2000; 2003), de a înţelege persoana perturbată ca organizându-se pe nivele (Parker, 2000) şi de a acorda atenţie şi adaptării la context (Clark, 1997; 2001).

8.2. Evaluarea şi diagnosticul tulburărilor de personalitate implică un construct teoretic

De fapt, chiar criteriile de circumscriere a tulburărilor de personalitate ce ghidează diagnosticul reprezintă un construct teoretic, mai mult sau mai puţin arbitrar. Realitatea subiectului investigat este filtrată, tradusă, reprezentată de acest construct. Interviul, structurat sau semistructurat, este şi el un construct elaborat de autori care încearcă să ghideze obţinerea de date, astfel încât între diverşi examinatori să existe un acord în evaluare. Constructul ce rezultă din aplicarea unui chestionar se raportează la constructul pe care-l constituie criteriile de diagnostic, obţinându-se un rezultat care aproximează realitatea din anumite puncte de vedere, evidenţiind specificul existenţei unei persoane.

Chestionarele de evaluare a tulburărilor de personalitate dau rezultate care se pot raporta la un sistem categorial sau configurează un rezultat dimensional. Chestionarele sunt elaborate şi în funcţie de orientarea teoretică a autorilor lor, de felul în care aceştia concep tulburările de personalitate, de accentul pe care îl pun pe temperament sau pe caracter, pe comportamentul dissocial maladaptativ, pe patologie, anormalitate sau normalitate. *Nu există şi nu poate fi conceput un chestionar exhaustiv, complet şi infailibil*. Aplicarea oricărui chestionar oferă rezultate proprii, care aproximează într-un fel anume realitatea.

De obicei, reaplicarea aceluiaşi chestionar aceluiaşi pacient de către aceeaşi persoană, la un interval nu prea mare de timp, dă rezultate asemănătoare. Se depun eforturi astfel încât chestionarele să fie concepute în aşa fel încât, aplicate de investigatori diferiţi aceleiaşi persoane la intervale scurte de timp să dea rezultate cât mai apropiate.

Marea majoritate a chestionarelor şi interviurilor existente au fost elaborate în SUA şi Canada şi, de aceea, se referă la DSM-III şi DSM-IV. În afara acestora, se pot menţiona doar: PAS-Tyrer, elaborat în Marea Britanie, care e un interviu dimensional-categorial adaptat pentru a permite diagnosticarea după ICD-10. Scala de Personalitate Karolinska (KSP), elaborată în Suedia, este un instrument compozit cu elemente preluate din mai multe alte inventare şi utilizat mai ales pentru tulburările de personalitate ale alcoolicilor. A fost elaborat şi un „profil psihodinamic Karolinska" (KAPP), care poate fi folosit pentru a urmări schimbările personalităţii în cursul psihoterapiei.

Instrumentele de asertare a tulburărilor de personalitate se pot împărţi în interviuri (structurate şi semistructurate) şi scale (inventare, chestionare) de autoevaluare, iar din altă perspectivă, în instrumente bazate pe diagnosticarea categoriilor şi instrumente de măsurare a trăsăturilor.

Inventarele pentru măsurarea trăsăturilor sunt, la rândul lor, de două feluri: instrumente cu punct de plecare în evaluarea generală a trăsăturilor de personalitate, concepute de psihologi pentru persoanele normale, dar aplicate şi la cele cu tulburări de personalitate, şi chestionare elaborate de psihiatri – pornind de la descrierea clasică a tulburărilor de personalitate făcută de diverşi autori –, tratate şi sisteme de diagnostic, din care se extrag un set de trăsături specifice acestora şi care, după prelucrare şi validare, stau la baza evaluării dimensionale.

8.3. Instrumentele cele mai importante de evaluare a tulburărilor de personalitate: avantaje şi dezavantaje

Instrumentele bazate pe diagnosticul categorial. Interviuri

În continuare, vor fi mentionate principalele instrumente utilizate în prezent, după McDermut (2005) şi Clark (2001).

- Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIP-IV; Zanarini *et al.*, 1996) este un interviu structurat ce constă din 398 de itemi pentru evaluarea celor 10 categorii de tulburări de personalitate din DSM-IV-TR, precum şi pentru categoriile propuse (TP depresivă şi pasiv-agresivă). Itemii sunt grupaţi pe diagnostice şi au în vedere primii doi ani precedenţi.
- International Personality Disorders Examination (IPDE; Loranger, 1999) este un interviu semistructurat cu 537 de întrebări, care evaluează tulburările de personalitate în raport cu criteriile DSM-IV-TR şi ICD-10. E necesar ca trăsăturile patologice să se fi manifestat înaintea vârstei de 25 de ani. Este organizat pe domenii: muncă, sine, relaţii interpersonale, afecte, testarea realităţii, controlul impulsurilor. Aplicarea sa cere ca evaluatorul să aibă o experienţă apreciabilă. Există şi o variantă de *screening* cu 77 de întrebări de tipul „Adevărat"/„Fals", pe care subiectul le completează înainte de interviu.
- Personality Disorder Interview IV (PDI-IV; Widiger *et al.*, 1995) e o variantă adaptată la DSM-IV a interviului PDI dezvoltat mai demult de către autori. Are întrebări pentru evaluarea celor 94 de criterii ale celor 10 diagnostice oficiale ale DSM-IV-TR şi pretinde ca tulburarea să fie prezentă de la vârsta de 18 ani. Are două versiuni: una în care itemii sunt grupaţi pe diagnostice şi alta în care sunt grupaţi pe domenii.
- Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II; First *et al.*, 1997) este un interviu semistructurat,

constând din 119 itemi centraţi pe DSM-IV-TR. Evaluează trăsăturile din ultimii cinci ani. Se recomandă să fie administrat de clinicieni cu experienţă. Aplicarea sa e precedată de SCID-II Personality Questionnaire.

- Personality Assessment Schedule (PAS ; Tyrer, 1979 ; 1988 ; 2000) este un interviu comprehensiv care evaluează 24 de trăsături specifice tulburărilor de personalitate şi permite diagnosticarea a 13 categorii de tulburări de personalitate. E un instrument dimensional-categorial adaptat la DSM-IV-TR şi ICD-10.
- Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders (SIDP-IV ; Pfohl *et al.*, 1997) are 101 itemi şi evaluează categoriile oficiale din DSM-IV, precum şi cele trei propuse. Cel intervievat e solicitat să se concentreze asupra sinelui obişnuit, predominant în ultimii cinci ani, şi să evalueze dacă, în ultimul timp, nu au fost schimbări importante în personalitate. Aplicarea sa cere un antrenament special.

Există interviuri structurate pentru evaluarea anumitor categorii de tulburări de personalitate :

- Composite International Diagnostic Interview, Antisocial Form (CIDI) a fost dezvoltat prin colaborare WHO cu US Alcohol, Drug, Abuse and Mental Health Administration (Rubins *et al.*, 1988), cu scopul de a elabora un instrument internaţional pentru evaluarea tulburărilor psihice. El este compatibil cu DSM-III şi ICD-10. Prin el se adună suficiente informaţii pentru a se diagnostica personalitatea antisocială.
- National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule, Antisocial Section (DIS ; Rubin *et al.*, 1981) porneşte de la criteriile lui Feighner (1977). Se foloseşte în studii epidemiologice, fiind primul folosit în The Epidemiologic Catchment Area Project (Regie *et al.*, 1984).

- Revised Diagnostic Interview for Borderlines (DIB-R ; Zanarini *et al.*, 1989) este un interviu structurat ce constă din 105 itemi ce investighează patru arii : controlul impulsurilor, afectele, cogniţia şi relaţiile interpersonale. Se referă la ultimii doi ani şi serveşte pentru a evalua TP de tip borderline în conceptualizarea lui Gunderson (1981), similară, dar nu identică cu cea din DSM-IV-TR.
- Diagnostic Interview for Narcissism (DIN ; Gunderson *et al.*, 1990) are 33 de itemi şi evaluează narcisismul conceptualizat de Gunderson (care este mai eterogen decât cel din DSM-IV-TR).
- Hare Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R ; Hare, 1990) are în vedere *checklist*-ul pentru „psihopatia" lui Checkley, sistematizat de Hare, constând din 20 de itemi. Nu e propriu-zis un interviu. Itemii prevăzuţi sunt evaluaţi între 0 şi 2, scorul maxim final fiind de 40. Scala are două subscale (*factors*) : prima se referă la caracteristicile personalităţii psihopate, iar cea de-a doua, la comportamentul deviant.

Un interviu special şi, într-un anumit sens, unic ce evaluează ansamblul personalităţii din perspectiva trăsăturilor este :

- Structured Interview for the Five-Factor Model of Personality (SIFFM ; Trull şi Widiger, 1997), modelat după NEO Personality Inventory – Revised (NEO-PI-R ; Costa şi McCrae, 1992), prin care se investighează cele cinci domenii ale modelului cu cinci factori ai personalităţii (FFM). Sunt urmărite componentele maladaptative ale personalităţii, care nu sunt prezente în NEO-PI-R. Acest interviu (şi alte eforturi ale lui Widiger şi ale echipei sale) încearcă să rezolve problema ce a apărut în aplicarea interviurilor generale de personalitate, axate pe trăsături la tulburările de personalitate, dat fiind că primele nu au în terminologia lor trăsături anormale clar conturate.

Chestionare autoadministrate pentru evaluarea tulburărilor de personalitate

- Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire (DAPP-BQ; Livesley şi Jackson, 2002) constă din 290 de itemi care evaluează personalitatea pe o scară de tip Likert cu cinci puncte. Lista de trăsături evaluate este elaborată având ca punct de plecare trăsături anormale ce se întâlnesc în literatura tradiţională referitoare la tulburările de personalitate. Rezultatele caracterizează dimensional persoana, cu posibilă referinţă la categoriile oficiale. Autorii sugerează agregarea tulburărilor de personalitate în patru clustere: antisocial, instabil, dependent, compulsiv.
- Inventory of Interpersonal Problems (Harrowitz *et al.*, 2000). Scala are 64 de itemi şi investighează problemele interpersonale, ghidate de circumplexul interpersonal cu referire la epitetele ce califică atitudinile interpersonale (evaluate prin IPC; Wiggins, 1996). Se utilizează nu atât pentru diagnostic, cât pentru orientarea psihoterapiei. Din această scală a fost dezvoltat Inventory of Interpersonal Problems – Personality Disorders Scale (IIP-PD; Pilkonis *et al.*, 1996). Aceasta cuprinde 127 de itemi ce măsoară probleme de relaţionare distorsionată a celor cu tulburări de personalitate. Are cinci subscale.

Millon Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI-III; Millon *et al.*, 1997). E un chestionar cu 175 de itemi la care se răspunde cu „Adevărat"/„Fals", pentru a evalua patologia de pe Axa I şi II. Psihopatologia propusă de Millon e congruentă cu cea din DSM-IV-TR, dar la tulburările de personalitate identifică şi tipurile: sadic, masochist, depresiv şi negativist (pasiv-agresiv). Se identifică şi trăsături nepatologice de personalitate.

Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Personality Disorders Scale (MMPI-PD; Morey *et al.*, 1985). Din proba MMPI cu 566 de itemi a fost derivată alta mai restrânsă, astfel

încât să corespundă celor 11 categorii din DSM-III. Într-o a doua fază, itemii au fost testaţi. Au fost reţinuţi 150 de itemi cu răspuns „Adevărat"/„Fals". Unii itemi erau comuni pentru două sau mai multe scale, astfel încât s-au construit două scale, una cu itemi ce se suprapun şi alta în care aceştia nu se suprapun (MMPI-II; Colligen *et al.*, 1994). Acestea nu au fost însă coordonate cu DSM-IV-TR.

- Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Personality and Psychopathology Five Scale. Utilizând itemii din MMPI, Harkenss *et al.* (1995) au dezvoltat cinci scale (PSY-5) pentru a facilita descrierea generală a personalităţii şi a tulburărilor de personalitate. Două dimensiuni – emoţionabilitatea pozitivă şi cea negativă – au corespondent în FFM (nevroticism şi extroversie). Agresivitatea, constrângerea şi psihoticismul reflectă o combinare a marilor factori din FFM. La fel ca MMPI, instrumentul se aplică invitând subiectul să plaseze la „Adevărat" sau „Fals" o suită de aserţiuni.
- Schedule for Nonadaptative and Adaptative Personality (SNAP; Clark, 1993) conţine 375 de întrebări cu răspuns „Adevărat"/„Fals". Se evidenţiază 15 trăsături patologice de personalitate. Deşi e construită dimensional, e compatibilă cu categoriile Axei II, inclusiv cu DSM-IV-TR. Sunt însă şi itemi care se bazează pe tulburările de personalitate, formulate altfel decât în DSM, şi itemi congruenţi cu unele simptome specifice Axei I.
- Shedler-Western Assessment Procedure (SWAP 200; 1998) e compus din 200 de itemi, reprezentând cele 94 de criterii de diagnostic al tulburărilor de personalitate din DSM-IV-TR, dar şi alte simptome ale tulburărilor de personalitate, mecanisme de apărare şi trăsături adaptative de personalitate. Clinicianul evaluează itemii ce vizează cazuri prototipice după o scală cu opt puncte.
- Structural Analysis of Social Behavior Index Questionnaire (SASB; Benjamin, 1996) e focalizată nu pe tulburările de personalitate, ci pe tranzacţiile interpersonale ale persoanei care sunt distorsionate

în aceste cazuri. Se bazează pe circumplexul interpersonal de tip Leary şi pe teoriile developmentale, mai ales pe cea a ataşamentului. Urmăreşte raportarea subiectului la sine, la altul şi la celălalt, ca obiect tranzitiv.

- Temperament and Character Inventory (TCI; Clonninger *et al.*, 1994) are 240 de itemi şi măsoară personalitatea din perspectiva modelului personalităţii al lui Cloninger, care distinge patru factori temperamentali (căutarea noului, evitarea traumei, dependenţa de recompensă şi persistenţa) şi trei factori caracteriali (autodirecţionarea, cooperativitatea şi autotranscendenţa).
- Wisconsin Personality Inventory (WISPI; Klein *et al.*, 1993), e un chestionar cu 214 de itemi care dă un rezultat atât dimensional, cât şi categorial, după DSM-III-R, al tulburărilor de personalitate. Fiecare item este evaluat pe o scală de la 1 la 10. Perioada evaluată se referă la ultimii cinci ani sau mai mult. Mulţi itemi abordează perspectiva interpersonală şi a relaţiilor obiectuale, în sensul modelului SASP a lui Benjamin.

În ceea ce priveşte modul de construcţie, numărul de itemi, tructura prezentării acestora, timpul necesar pentru aplicare, scorul plicat răspunsurilor şi semnificaţia rezultatelor, există diferenţe între cale. Pentru chestionare, durata de aplicare este între una şi două re, dar sunt şi unele cu durată mai mare. Scorul răspunsului este nai frecvent cu două variante sau şi cu trei sau patru. Pentru nstrumentele de autoevaluare există un anumit număr de scale. Câteva dintre interviuri au şi variante de *screening*.

Avantaje şi dezavantaje ale instrumentelor de evaluare a tulburărilor le personalitate

Privitor la avantajele şi dezavantajele prezentate de diversele nstrumente, dintre interviurile semistructurate nici unul nu a demonstrat evidentă superioritate în validitate şi credibilitate. Majoritatea se

referă la evaluarea categorială după DSM-IV-TR. Unele au în plus întrebări pentru a se aplica la ICD-10. Ele diferă prin numărul de itemi şi durata de aplicare. Unele – ca IPDE şi SCID-II – au variante de *screening*, fapt ce ajută la o orientare generală şi o ulterioară orientare mai detaliată asupra unei categorii. În majoritate, întrebările sunt organizate astfel încât se referă, pe rând, la diverse categorii. IPDE, PDI-IV şi SIDP-IV au şi versiuni organizate tematic (domeniul muncii, al relaţiilor interpersonale, interese, hobby). Ambele metodologii de aplicare au avantaje şi dezavantaje, dar rezultatul final este, în general, acelaşi:

- Interviurile centrate pe un anumit tip de tulburare – borderline, narcisică, psihopatică – se folosesc în cercetare. Modelul cu cinci factori permite să se evalueze personalitatea în ansamblu.
- Interviurile de autoadministrare nu sunt direct orientate spre diagnosticul categorial, dar unele pot fi utilizate în acest sens: MMPI cere destul de mult timp. Cel mai utilizat în cercetări este MCMI-III. Acesta permite şi diagnosticul unor categorii ce nu sunt în DSM-IV-TR. Wisconsin Personality Inventory – IV şi SASB sunt puternic influenţate de teoria interpersonală şi a relaţiilor obiectuale. TCI măsoară personalitatea şi din perspectiva funcţionării sociale. NEO-PI-R măsoară cele cinci dimensiuni fundamentale ale personalităţii acceptate de psihologii preocupaţi de trăsături. SWAP-200 are în vedere şi mecanismele de apărare. Alte inventare măsoară anumite trăiri patologice ale persoanei.

Deşi e destul de răspândită opinia că autoevaluarea lasă loc unei mai mari subiectivităţi decât evaluarea făcută de operatorul de interviu, rezultatele sunt, în general, aceleaşi. Repetarea aceluiaşi chestionar la aceeaşi persoană la intervale nu prea mari de timp e destul de stabilă. Ea nu e inferioară ca stabilitate hetero-evaluării repetate efectuate de acelaşi evaluator.

Evaluarea severității tulburărilor de personalitate nu e clar precizată într-o serie dintre instrumentele standardizate. Cele mai multe interviuri categoriale sunt orientate de criteriile de diagnostic a diverselor categorii de tulburări de personalitate și urmăresc identificarea acestora, eventual intensitatea cu care se manifestă un anumit tip. O evaluare de ansamblu a gravității tulburărilor de personalitate nu e totdeauna clar formulată. Un criteriu mai semnificativ pentru prezența și granițele tulburărilor de personalitate de un anumit tip ar putea fi, așa cum sugera Tyrer, măsura în care prezența mai accentuată a unei trăsături perturbă funcționalitatea socială. În instrumentul PAS elaborat de Tyrer, cotarea se face pe o scară cu nouă poziții, din perspectiva perturbării și dezadaptării sociale pe care trăsăturile (și, secundar, categoriile de tulburări de personalitate) o condiționează. Centrat pe disfuncționalitatea socială mai este și instrumentul Adult Personality Functioning Assessment (APFA ; Hill *et al.*, 1989) ; acesta evaluează doar prezența tulburărilor de personalitate în ansamblu, fără trimitere la categorii. O disfuncționalitate socială evidentă e prezentă la tulburările de personalitate ce ajung pentru mult timp în detenție, dar nu există instrumente specifice pentru măsurarea acesteia. Scala de evaluare a psihopatiei elaborată de Hare poate avea valori destul de mari și la persoane performante din societate.

Efortul de evaluare standardizată a tulburărilor de personalitate este deosebit de important și ajută la reducerea arbitrarului în acest domeniu. Totuși, aplicarea o singură dată a unui instrument de diagnosticare nu e totdeauna satisfăcătoare. Contactul prelungit cu o persoană, în diverse împrejurări, și reevaluarea repetată poate crește sensibilitatea și credibilitatea evaluării. Ideal ar fi sistemul LEAD (Longitudinal Expert Evaluation That Includes All Data – Spitzer, 1983 ; Skodal, 1988). Dar experții în materie se formează greu și nu e clar, în cazul tulburărilor de personalitate, ce înseamnă faptul de a include „toate datele".

Evaluarea standardizată a tulburărilor de personalitate oscilează între categorial și dimensional. Ambele perspective au avantajele și dezavantajele lor. Un sistem categorial include un număr finit de tulburări de personalitate și descrierea acestora, criteriile pentru diagnosticul lor. Dar aceste sistematizări se schimbă în timp, iar în cazul tulburărilor de personalitate avem nevoie de rezultate în perspectiva unor durate îndelungate. Diagnosticele puse prin raportare la DSM-III nu mai sunt întru totul identice cu DSM-IV, iar versiunea DSM-V, care urmează să apară, va introduce și ea schimbări. Pentru tulburările de personalitate contează însă și cum sunt acestea pentru 5, 10 sau 20 de ani, când criteriile vor fi altele. La fel, studiile epidemiologice ce se bazează pe un sistem de diagnostic se cer reverificate dacă acestea o schimbă. Pe de altă parte, abordarea dimensională nu permite o suficientă comunicare între cercetători, deși are avantajul flexibilității și a unei imagini mai complexe a persoanei, relevând și aspectele sale normale, concomitente.

8.4. O sugestie pentru alegerea instrumentelor

Tyrer (2000) face următoarele propuneri pentru alegerea instrumentelor în vederea măsurării tulburărilor de personalitate :

Tabelul 8.1. *Alegerea instrumentelor pentru evaluarea tulburărilor de personalitate*

Intenția investigării	**Instrumente sugerate**
Instrumente de *screening* pentru investigarea completă a tulburărilor de personalitate.	Iowa Personality Disorder Screen (Langbehn *et al.*, 1999). Standardized Assessment of Personality (Mann *et al.*, 1981).

Intenţia investigării	Instrumente sugerate
Chestionare de personalitate doar pentru trăsături	Nu e posibilă o sugestie în raport cu câte sunt disponibile. Se pare că cel mai folosit este NEO-PI-R (Costa şi McCrae, 1992).
Autoevaluare pentru tulburările de personalitate	Personality Disorder Questionnaire (PDG-IV ; Hyler, 1994).
Asertarea psihodinamică a tulburărilor de personalitate	Karolinska Psychodynamic Profile (Kapp ; Weintyb şi Rossel, 1991). Hare Psychopathy Check List (Hare, 1991).
Populaţie forensică Diagnosticul comprehensiv al tuturor tulburărilor de personalitate din ICD şi DSM	International Personality Disorder Examination (IPDE ; Loranger *et al.*, 1994).
Tulburările de personalitate din DSM-IV	E dificil să se aleagă dintre multele instrumente accesibile ; nu e posibilă o alegere fermă.

E necesar să existe tot timpul conştiinţa faptului că, deşi eforturile continue aduc în permanenţă ameliorări, nici în domeniul diagnosticului tulburărilor de personalitate nu se poate pretinde perfecţiune. Tulburările de personalitate sunt un construct parţial, iar instrumentele de evaluare sunt un mijloc de a merge în direcţia acestui construct. Suntem într-un domeniu în care, din principiu, un nivel al aproximării se cere acceptat. Totuşi, o sinteză e necesară. Înmulţirea peste măsură a instrumentelor de diagnostic poate ajunge să fie contraproductivă. Tyrer (2000) afirma : „Există poate prea multe instrumente în bucătărie şi nu e surprinzător că e greu de făcut o reţetă bună de mâncare". E necesar deci un efort de consens.

Capitolul 9

Epidemiologia tulburărilor de personalitate

În măsura în care tulburările de personalitate sunt numite „boli", adică tulburări psihice – optică pe care o cultivă DSM-III, DSM-IV şi ICD-10 –, se pune problema incidenţei şi prevalenţei acestora într-o comunitate dată, într-un loc şi timp precizat, la fel ca pentru orice altă boală ; prin urmare, se pune problema studierii epidemiologiei tulburărilor de personalitate.

La acest nivel, iese în evidenţă faptul că asimilarea directă a tulburării de personalitate cu conceptul de boală este forţată. Apropieri şi analogii se pot face, desigur, dar pretenţia de a avea un contur clar diagnostic, care ar permite detectarea ei în populaţia generală, apare ca exagerată. Totuşi, încercări se pot face : s-au făcut şi încă se mai fac. Faptul e posibil doar dacă se adoptă punctul de vedere categorial, maladiv-nosologic. În perspectivă dimensională, apare, în mod evident, un continuum care ridică problema punctului de cotitură, deci de trecere de la normal la patologic. Paşii ce s-au făcut şi se fac în abordarea epidemiologiei tulburărilor de personalitate sunt utili şi importanţi pentru reflecţia asupra problemei şi ca puncte de plecare pentru abordări ulterioare.

9.1. Studiile epidemiologice privitoare la tulburările de personalitate

Studiile epidemiologice în domeniul tulburărilor de personalitate sunt de dată recentă. Până în 1980, nu au existat criterii explicite de diagnostic – cu excepţia celor pentru TP antisocială, publicate în *Criteriile Pfheiner*, în 1974. Apoi nu au existat instrumente standardizate de diagnostic. După apariţia acestora a trebuit să se organizeze şi să se finanţeze cercetări sistematice.

Cu toate acestea, au existat câteva eforturi în această direcţie. În 1956, Essen-Müller (*apud* Casey, 2001) a intervievat 2 550 de persoane pentru a determina frecvenţa tulburărilor de personalitate în populaţie, utilizând criteriile ce existau pe atunci. El a identificat 29% dintre bărbaţi şi 19% dintre femei ca având probleme evidente de tulburare de personalitate. În plus, 13% dintre bărbaţi şi 38% dintre femei aveau „stări astenice", iar 14% dintre bărbaţi şi 2% dintre femei aveau asociat abuzul de alcool. Terminologia vagă şi lipsa descrierilor fac astfel ca datele să fie greu de utilizat.

Searle *et al.* (*apud* Casey, 2001) studiază, în Marea Britanie, 1 660 de adulţi, utilizând MMPI şi interviul liber. Leighton (1963) studiază, în Sherling County, 1 010 copii de familie şi relevă tulburări de personalitate şi sociopatie la 11% dintre bărbaţi şi 5% dintre femei. În 1978, UEMM intervievează, în New Haven, 938 de adulţi şi urmăreşte 511 dintre aceştia, timp de 3-9 ani. Evaluarea a fost făcută cu SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, instrument elaborat de Spitzer şi Edincott), care nu este special adaptat pentru tulburările de personalitate. Au fost identificate 45% de cazuri cu personalitate depresivă şi 0,2% cu ciclotimie.

După ce s-a stabilit criteriologia din DSM-III şi instrumentele de diagnostic standardizate, atenţia a fost centrată pe identificarea tulburărilor de personalitate la cazurile clinice, la cele care deja au

ajuns în evidenţa medico-psihiatrică, cu diagnostic de Axa II. Investigaţiile epidemiologice ulterioare au ridicat problema metodologiei speciale privitoare nu doar la instrumentul de aplicat şi la metodologia de obţinere a datelor, ci şi cu privire la selecţia loturilor de investigat şi costurile mari. La peste 25 de ani de la publicarea DSM-III, studiile epidemiologice referitoare la tulburările de personalitate sunt încă puţine pe plan internaţional, majoritatea lor, cele care se referă la criteriile DSM-III şi DSM-III-R, fiind discutabile din multe puncte de vedere. Au fost publicate succesive treceri în revistă ale acestor studii: în 1986, Merikangas şi Weissman; în 1993, Weissman; în 2001, Mattia şi Zimmerman; în 2005, Torgersen. Unele studii au fost făcute pentru Axa I şi au inclus parţial şi Axa II. Altele au avut în vedere comparativ cele două axe sau, mai rar, s-au făcut doar pentru detectarea Axei II.

În continuare, vor fi menţionate câteva studii clasice efectuate până în 1990, care au folosit criteriile din DSM-III şi DSM-III-R (*apud* Mattia şi Zimmerman, 2001). După cum se va putea observa, instrumentele utilizate au fost variate:

- Baron *et al.* (1985), 374 de cazuri – instrument SIB-SADS;
- Black *et al.* (1993), 127 de cazuri – instrument SIDP;
- Blanchard *et al.* (1988), 93 de cazuri – instrument SCID-II;
- Bland *et al.* (1988), 3 258 de cazuri – instrument DIS;
- Coryell şi Zimmerman (1989), 369 de cazuri – instrument SIDP;
- Drake şi Vaillant (1985), 369 de cazuri – instrument nespecificat;
- Erlenmeyer-Kimling *et al.* (1995), 3 699 de cazuri – instrument PDE;
- Kendler *et al.* (1993), 580 de cazuri – instrument SIS;
- Kessler *et al.* (1994), 8 098 de cazuri – instrument CIDI;
- Lanzenweger *et al.* (1997), 810 de cazuri – instrument IPDE;
- Maier *et al.* (1992, 1995), 320 de cazuri – instrument SCID-II;
- Regier *et al.* (1998), 1 857 de cazuri – instrument DIS;
- Reich *et al.* (1989), 235 de cazuri – instrument PDQ;

- Swartz *et al.* (1990), 1 541 de cazuri – instrument DIB-DIS ;
- Wells *et al.* (1989), 1 489 de cazuri – instrument DIS.

Unele dintre aceste studii au vizat toate tulburările de personalitate, altele doar câte una, iar o parte, mai multe tipuri, fapt care explică parţial varietatea instrumentelor.

În SUA au existat două mari tendinţe de cercetare epidemiologică ce au cuprins şi tulburările de personalitate (*cf.* Mattia şi Zimmerman, 2001). Acestea sunt :

- The National Institute of Mental Health's Epidemiologic Cachment Area Study (ECAS ; Regier *et al.*, 1998). Acesta a vizat culegerea de date despre marea majoritate a tulburărilor cuprinse în DSM-III, dar din Axa II a fost cooptată doar TP antisocială. Au fost investigaţi mai mult de 15 000 de subiecţi, din cinci locuri (New Haven, Baltimore, St. Louis, North Carolina, Los Angeles), instrumentul folosit fiind DIS (Robins *et al.*, 1981), care e un interviu structurat.
- Al doilea studiu american e National Comorbidity Survey (NCS ; Kessler *et al.*, 1994) care a abordat 8 000 de subiecţi între 15 şi 54 de ani, selectaţi din 48 de state diferite ale SUA. Criteriile au fost cele din DSM-III-R, iar ca instrument s-a folosit CIDI (1990), interviu structurat elaborat de WPA pe baza DIS şi administrat de către interviator sau clinician. Şi în acest studiu, singura tulburare de personalitate inclusă a fost tot cea antisocială.

Metodologia selecţiei cazurilor

În afara acestor studii care nu au fost centrate pe tulburările de personalitate, dar care au inclus categoria menţionată, alte studii au avut ca obiectiv chiar tulburările de personalitate. În majoritatea cazurilor, selecţia populaţiei-ţintă s-a bazat pe grupurile de control normale, evaluate pentru comparaţie în studierea altor tulburări psihice. Uneori s-a recurs la membrii familiei acestora sau la membrii familiei bolnavilor studiaţi. Au mai fost studiaţi, indirect, şi absolvenţi de universităţi şi personal medical. Foarte rar a existat o selecţie după metode epidemiologice obişnuite. Vom menţiona în continuare câteva cercetări în perspectiva selecţiei cazurilor.

Din studiile pe grupe de control, menţionăm câteva pentru a evidenţia metodologia de selecţie a loturilor (*cf.* Mattia şi Zimmerman, 2001).

Baron *et al.* (1985) studiază 374 de persoane de control, dintre rudele sănătoase ale unor pacienţi cu schizofrenie. Ca instrumente s-au folosit SNDS-L (1978), SIB (1985), cu întrebări suplimentare pentru alte tulburări de personalitate decât cele de tip borderline.

Blachard *et al.* (1995) studiază 93 de indivizi dintr-un grup de control, în cadrul unei cercetări privitoare la pacienţii cu tulburare de stres posttraumatic. Aceştia au fost intervievaţi cu SCID şi SCID-S (Spitzer *et al.*, 1990) de către psihologi experimentaţi.

Drake şi Vaillant (1985) studiază 369 de bărbaţi dintr-un grup ce a fost recrutat drept grup de control în studiul delincvenţei juvenile. Subiecţii au fost chestionaţi timp de două ore cu un interviu nestructurat, de un clinician experimentat.

Coryell şi Zimmerman (1989) intervievează 185 de rude de gradul I ale unor persoane de control normale, folisind DIS şi SIDP (Pfohl, 1982). Ei au fost recrutaţi din personalul spitalului şi au fost reţinute doar acele persoane care nu au avut tulburări corespunzătoare Axei I. Au fost studiate şi 612 persoane ce reprezentau rudele de gradul I.

Erlenmeyer-Kimlig *et al.* (1995) au reunit un grup format din părinţi de la două şcoli din New York, care nu au avut tulburări psihice şi care aveau copii, de asemenea, sănătoşi. Au fost investigaţi cu SADS-L şi PDE (Loranger *et al.*, 1987).

Kendler *et al.* (1993) evaluează 580 de relativi ai 150 subiecţi de control, selectaţi dintr-un registru de nume din vestul Irlandei. A fost utilizat SCID şi SIS (Kentlo *et al.*, 1989) pentru schizotipalitate.

Maier *et al.* (1992) recrutează 109 subiecţi de control din zona Mainz (Germania) şi investighează şi 320 rude ale acestora cu SCID II. Interviul a fost condus de 10 medici şi asistenţi pregătiţi în acest sens. Selecţia cazuisticii a fost făcută de o companie specializată în marketing.

Alţi cercetători au urmat mai îndeaproape metodologiile epidemiologice clasice.

Lanzenweger *et al.* (1997) a desfăşurat o cercetare la Cornell University, în care 15 cercetători au folosit metoda „din uşă în uşă", propunând un studiu contra plată. Au participat 1 684 de subiecţi care au completat iniţial IPDE-S, versiunea de *screening*. Dintre aceştia, au fost selectaţi pentru interviul direct cu IPDE şi SICD 114 de cazuri probabile şi 124 negative.

Reich *et al.* (1989) selectează cazuistica dintr-un orăşel universitar, randomizarea făcându-se prin codul poştal şi alegându-se 401 de subiecţi din 36 097 de adulţi cu adresă poştală. Acestora li s-a aplicat PDQ (Hyler *et al.*, 1983), care e un chestionar de autoreferinţă.

Datele obţinute din astfel de studii indică faptul că prevalenţa a cel puţin o tulburare de personalitate este de aproximativ 10-15%. Prevalenţa fiecărui tip specific de tulburare de personalitate variază între 1% şi 3%. Bărbaţii şi femeile sunt repartizaţi aproximativ egal. Din punctul de vedere al unor tulburări specifice, sunt raportate date variabile. Tulburarea de personalitate este asociată cu perturbarea vieţii familiale şi a ocupaţiei.

Cele prezentate mai sus indică faptul că nu s-au făcut, până în prezent, cercetări populaţionale suficient de ample, sistematice. În afara cercetărilor lui Lanzenweger (1997), efectuate pe studenţi, restul cercetărilor din SUA pornesc de la alte studii clinice şi utilizează grupul de control al acestora sau rude ale acestui grup de control. Puţinele studii efectuate în Europa au alt profil. Cercetările lui Maier, făcute în Bavaria, au selecţionat cazuistica prin codul

poştal, făcându-se apel la o firmă specializată în randomizări. Un studiu amplu şi complex a fost realizat la Oslo de către Torgersen *et al.* (2005). Au fost selectaţi 3 590 de cetăţeni cu vârsta cuprinsă între 18 şi 65 de ani din Registrul Naţional din Oslo. Au răspuns 2 053 de subiecţi (57%) care au fost intervievaţi personal.

9.2. Rezultate

Privitor la rezultate, acestea sunt încă destul de variabile şi vagi. Detaliind şi dezvoltând cele menţionate mai sus, se poate spune că, pentru toate tulburările de personalitate, există foarte mari variaţii: între 3,9% şi 22,7%. Prevalenţa tulburărilor de personalitate în ansamblul populaţiilor studiate (*apud* Mattia şi Zimmerman, 2001), este următoarea:

Tabelul 9.1. *Prevalenţa tulburărilor de personalitate în ansamblul populaţiilor studiate*

Studiu	Prevalenţa (%)
Black *et al.* (1993)	33,1
Coryell şi Zimmerman (1989)	14,6
Drake şi Vaillant (1997)	23,0
Lanzenweger *et al.* (1997)	6,7
Maier *et al.* (1995)	9,0
Reich *et al.* (1989)	11,1
Prevalenţa medie (%)	*12,9*

Pentru tulburările de personalitate specifice, acestea variază între 1% şi 3%. Diverşi autori au semnalat unele diferenţe între sexe. Torgensen, Zimmerman şi alţii constată că: în clusterul A, TP schizoidă ar fi mai frecventă la bărbaţi; în clusterul B, TP antisocială

şi TP narcisică ar fi mai frecventă la bărbaţi, cea histrionică la femei, iar cea de tip borderline este egal distribuită ; în clusterul, C TP obsesiv-compulsivă e mai frecventă printre bărbaţi, TP dependentă, printre femei, iar în ceea ce priveşte TP evitantă, unii o găsesc mult mai bine reprezentată tot la sexul feminin.

Frecvenţa mai mare a TP antisocială la bărbaţi şi a TP dependentă la femei nu surprinde, dar lipsa diferenţei în cazul TP de tip borderline e interesantă. În general, datele statistice confirmă opinia clinicienilor.

În privinţa vârstei, la populaţia ce apare în studiile epidemiologice predomină vârsta tânără faţă de cea înaintată. Există o opinie tradiţională în acest sens şi poate că studiile epidemiologice viitoare o vor confirma. Una dintre explicaţii ar fi creşterea progresivă a capacităţii de autocontrol odată cu vârsta şi dispariţia unora dintre pacienţii cu tulburări de personalitate prin suicid, accidente sau diverse boli. Unele studii indică pentru clusterul A o populaţie mai vârstnică decât pentru clusterul B. Dimensiunile dramatice/emoţionale scad cu vârsta, la fel ca şi cele agresive şi impulsive. Pentru clusterul C nu se observă o predominanţă la diferite vârste. Datele epidemiologice nu sunt însă pregnante şi clare.

Persoanele cu tulburări de personalitate sunt mai frecvent separate sau divorţate faţă de cele fără, dar şi mai frecvent necăsătorite. În ceea ce priveşte tipologia, nu dispunem de date clare. Mai există şi variaţii transculturale. De exemplu, în Norvegia (studiul lui Torgersen), obiceiul de a trăi împreună fără a fi căsătoriţi se răspândeşte şi e prezent în egală măsură şi la cei cu tulburări de personalitate, şi la cei fără. Paranoicii sunt mai des divorţaţi, iar schizoizii sunt, de regulă, necăsătoriţi.

Unele studii indică faptul că cei cu tulburare de personalitate sunt mai puţin educaţi decât cei fără tulburare de personalitate. Datele depind şi de zona de selecţie a cazuisticii. Singurul tip recunoscut cu bune rezultate este cel obsesiv-compulsiv.

Majoritatea celor investigaţi în studiile epidemiologice locuiesc în zone aglomerate, mai sărace. Ca şi în alte cazuri psihopatologice, faptul poate exprima o dublă condiţionare. Tulburarea conduce spre scăderea performanţei sociale şi anonimat, iar zona locativă supra-aglomerată accentuează tulburările de personalitate, influenţele fiind în ambele sensuri. În zonele aglomerate, toleranţa pentru comportamentele deviante şi excentrice e mai mare.

Deşi în centrul definiţiei tulburării de personalitate se află problemele interpersonale, disfuncţionalităţile sociale şi reducerea stării de bine (*well-being*), doar un singur studiu abordează calitatea vieţii la această cazuistică (Cramer *et al.*, 2000). S-au urmărit : starea subiectivă de bine, autorealizarea, relaţiile cu prietenii, suportul social, evenimentele negative de viaţă, relaţia cu familia de origine, calitatea vecinătăţii. Cea mai scăzută calitate a vieţii a fost întâlnită la TP schizotipală, de tip borderline şi evitantă. Dar toate persoanele cu tulburare de personalitate au o calitate a vieţii scăzută. Există o corelaţie directă între aceasta şi disfuncţia socială a persoanelor. Chiar dacă ambianţa socială nu e de natură să diminueze calitatea vieţii, aceasta e deficitară la cei cu tulburare de personalitate.

Toate studiile indică o mare comorbiditate psihiatrică corespunzătoare Axei I. Maier *et al.* o evaluează la 63,3%. Peste jumătate din cei cu TP paranoidă, histrionică, evitantă, dependentă sau obsesiv-compulsivă întrunesc criteriile şi pentru diagnostice corespunzătoare Axei I. Cea mai mare comorbiditate s-a întâlnit la TP antisocială, mai ales cu dependenţa şi abuzul de alcool şi droguri, dar şi cu depresia. În studiul lui Zimmerman, persoanele cu tulburare de personalitate prezentau o rată de şapte ori mai mare de tentative suicidare decât populaţia generală. În cadrul comorbidităţii se întâlnesc toate diagnosticele funcţionale ale DSM-IV.

Este semnificativ faptul că frecvenţa mare a tulburărilor de pe Axa I la cei cu tulburare de personalitate, ce a fost identificată în studiile epidemiologice, a completat perspectiva propusă de studiile clinice.

E de menţionat că în unele studii epidemiologice au fost excluse din cazuistică – din motive metodologice – persoanele ce au avut tulburări psihice corespunzătoare Axei I, astfel încât o imagine statistică a acestei corelaţii este încă greu de conturat.

9.3. Tulburările de personalitate în zona medicală

Evaluarea populaţiei generale prin studii epidemiologice psihiatrice este foarte greu de structurat astfel încât să fie reprezentativă. Bunul-simţ sugerează că sunt zone ale societăţii în care tulburarea de personalitate ar putea fi mai frecventă, aşa cum sunt: închisorile (şi în general, populaţia infracţională), unele grupuri extremiste (din politică, acţiune socială, religie), unele zone ale armatei, (specializate în intervenţii deosebite), persoanele cu eşecuri repetate în studiu, profesie, cei ce practică sporturi extreme, *homeless* etc. Nu s-au făcut însă studii sistematice în toate aceste direcţii. O zonă specială este şi populaţia ce vine în contact cu serviciile medicale, nu neapărat cele psihiatrice. Acest domeniu a fost parţial cercetat.

Cele mai multe şi sistematice studii asupra tulburărilor de personalitate în cazuistica medicilor de familie (*general practitioner*) s-au efectuat în Marea Britanie (Casey, 2001). Ele au început în 1960, când Kessel a studiat 911 pacienţi, depistând un procent de 5% cu „personalitate anormală"; urmează studiile lui Cooper (1972), Hoeper *et al.* (1979), Man *et al.* (1981), Casey *et al.* (1984), Casey şi Tyrer (1990), Seivewring *et al.* (1991). Alte cercetări s-au făcut în SUA – Kessler *et al.* (1985), Regie *et al.* (1985) –, în Germania – Dilling *et al.* (1989) – şi în Italia – Ceroni *et al.* (1992). Cercetările britanice (Casey *et al.*, 1984) au indicat că, din 5 pacienţi care vizitează medicul generalist, cel mult trei persoane îndeplinesc criteriile care avertizează asupra unei tulburări de personalitate. Doar o mică parte dintre aceştia sunt recunoscuţi ca atare de medic.

Cele mai frecvente cazuri sunt din clusterul B (mai ales cele de tip borderline) şi C (datorită anxietăţii şi depresiei).

Studiile efectuate până în prezent indică faptul că cei cu tulburări de personalitate se prezintă la medic mai des decât alţii, mai mult decât e necesar, nu colaborează bine şi sunt mari consumatori de servicii medicale. Acest fapt apare mai pregnant dacă se au în vedere şi pacienţii din diverse servicii specializate, care au tulburări de personalitate şi care pot fi identificaţi şi urmăriţi prin serviciile psihiatrice de legătură. Pe lângă neurologie, se poate menţiona dermatologia, medicina genito-urinară şi multe altele. Patologia din clasa tulburărilor somatoforme sau sidromul Münchausen au strânse corelaţii cu tulburările de personalitate. O mare parte dintre cazurile ce apar în serviciile de urgenţă cu tentative suicidare, accidente şi leziuni, ca urmare a confruntărilor interpersonale, au tulburări de personalitate; la fel, majoritatea celor care primesc îngrijiri pentru adicţie etanolică sau toxicomanii.

Cazuistica serviciilor medicale este un sector al populaţiei generale în care tulburările de personalitate sunt frecvente. La acest nivel, ele pot fi identificate mai uşor, existând timpul disponibil, iar identificarea se face în folosul prognosticului, a strategiei colaborării dintre medic şi pacient şi în perspectiva evaluării costurilor medicale.

Perspective ale epidemiologiei tulburărilor de personalitate

Studierea epidemiologiei tulburărilor de personalitate nu s-a realizat decât parţial. Ceea ce se poate aproxima este că, în populaţia generală, tulburările de personalitate sunt răspândite la aproximativ 10% din populaţie. Probabil ele se agregă mai mult în anumite zone populaţionale. Diferenţierea după tipuri şi caracteristici demografice nu e foarte mare. Tulburările de personalitate sunt însoţite, în ansamblu, de o scăzută performanţă în rolurile sociale şi o redusă calitate a vieţii.

Dezvoltarea studiilor epidemiologice în acest domeniu e dificilă şi problematică. De obicei, problemele care apar sunt:

- costul mare al cercetărilor. Evaluarea tulburărilor de personalitate cere mult timp, iar evaluarea multor cazuri e foarte costisitoare;
- multiple dificultăţi metodologice. Foarte important e instrumentul cu care se face evaluarea. Trebuie să fie un instrument valid şi credibil, reproductibil. Chestionarul de autoevaluare poate fi util, dar are o importantă marjă de eroare. Chestionarele structurate, aplicate de personal specializat şi experimentat ar avea un grad crescut de credibilitate. Totuşi, şi ele sunt limitate. Regula generală de evaluare cere ca în cazul tulburării de personalitate să fie chestionată şi o persoană sau rudă apropiată, care cunoaşte bine pacientul, fapt ce se realizează foarte greu în studiile epidemiologice. S-a recunoscut, de asemenea, că, oricât de detaliat ar fi un chestionar, el nu poate concura cu examinarea clinică repetată, care, pe lângă răspunsurile la întrebări, realizează o sinteză intuitivă şi integrează date expresive şi comportamentele din cursul internării sau al unei perioade mai îndelungate de evaluare. În plus, pentru o credibilitate crescută, o evaluare ar trebui replicată la acelaşi caz, cu acelaşi instrument, de aceiaşi investigatori, la un interval nu prea mare de timp;
- dificultăţile legate selecţia cazurilor. Pentru ca rezultatele să fie semnificative pentru populaţia generală, loturile studiate ar trebui să fie nu numai mari, ci şi din diverse medii, structurate după regulile epidemiologiei ştiinţifice. Nu trebuie ignorat faptul că anumite toposuri sociale pot grupa o populaţie crescută de persoane cu tulburare de personalitate, aşa cum sunt închisorile, populaţia *homeless* etc.;
- din perspectiva populaţiei psihiatrice trebuie să nu se omită că multe cazuri cu probleme nu ajung în instituţii şi se tratează în cabinete şi servicii private, uneori recurgându-se la consiliere şi psihoterapie. Înregistrarea acestora e dificilă, din cauza exigenţei de respectare a intimităţii;
- un aspect esenţial este delimitarea conceptuală a tulburărilor de personalitate şi criteriile de cercetare – generale, tipologice şi pe clustere. Se cere reamintit faptul că această problemă nu e închisă. Există şi în prezent clustere, ca, de exemplu, cel al „psihopatiei", care nu se suprapun decât parţial pe sistematizarea oficială. Şi, de asemenea, există o foarte serioasă tendinţă de evaluare dimensională a tulburărilor de personalitate, care nu poate fi surprinsă prin cercetările epidemiologice;
- variabilele transculturale, în sens larg, incluzând nu numai culturi diferite, ci şi zone cu tradiţii diferite, precum şi tendinţa de metamorfozare rapidă a societăţii actuale fac ca problema tulburării de personalitate să fie una deschisă, care trebuie, în permanenţă, rediscutată şi reformulată.

Deşi evaluarea tulburărilor de personalitate din punct de vedere epidemiologic nu a condus până în prezent la concluzii ferme, trebuie subliniată necesitatea unei gândiri elastice în acest domeniu, larg deschis spre antropologie, care combină rigoarea nomotetică cu comprehensiunea ideografică, schematismul cazurilor prototipice cu ghidajul orientativ al cazului ideal şi care implică evaluatorul, cercetătorul şi practicianul nu doar cu ştiinţa, ci şi cu responsabilitatea sa.

Capitolul 10

Condiţiile comorbide ale tulburărilor de personalitate

În prezent, se discută mult despre „comorbiditatea" între tulburările de personalitate şi tulburările psihice episodice sau sindroamele psihopatologice. Discuţia pe această temă se poartă deci în cadrul medicinei psihiatrice şi are loc în cadrul unei tendinţe persistente de psihiatrizare a vieţii psihice a oamenilor din societatea contemporană.

Concepţia „comorbidităţii" este medicală, fiind în mare măsură tributară separării axelor şi tendinţei neokraepeliniene de a diviza psihiatria în mici unităţii categoriale, considerate distinct. Din 1980, când DSM-III a lansat această viziune, ea a fost supusă multor comentarii şi critici.

Comorbiditatea sau coocurenţa dintre două entităţi morbide, în cazul de faţă dintre Axa I şi II, necesită modele de interpretare. În prezent, sunt propuse câteva astfel de modele fără a exista o opţiune tranşantă.

Comorbiditatea sau coocurenţa dintre Axa I şi Axa II se cere nu doar presupusă, ci şi dovedită prin studii reproductibile. Aceasta ridică multe probleme metodologice privitoare la definiţii, criterii, concepţii, instrumente, la selecţia cazuisticii şi la perspectiva longitudinală. Bilanţurile studiilor efectuate până în ultimul timp evidenţiază,

într-adevăr, existenţa unor comorbidităţi pregnante, dar concluziile sugerează o importanţă mai mare a clusterelor decât a categoriilor individuale din DSM-IV.

Preocupările ultimilor ani, privitoare la abordarea dimensională a tulburărilor de personalitate, inclusiv în cadrul problemei comorbidităţii dintre Axa I şi Axa II, sunt tot mai insistente. Acest fapt permite şi o înţelegere a continuităţii cu normalitatea psihică a tulburărilor de pe cele două axe. Din altă perspectivă, terapia tinde să modifice şi ea înţelegerea acestei coocurenţe.

10.1. Medicalizarea psihiatrică a omului contemporan

În a doua jumătate a secolului XX, a apărut o tendinţă de medicalizare psihiatrică din ce în ce mai accentuată. Tristeţea milenară a oamenilor a devenit tot mai mult simptom depresiv, diagnosticabil şi tratabil, inclusiv în formele medii şi uşoare. La fel, neliniştea, anxietatea, iritarea, impulsivitatea, reacţiile de spaimă sau dificultăţile de adaptare la schimbările de viaţă. Suspiciunea, expansivitatea şi convingerile, experienţele religioase şi riposta la injurii au şi ele limite greu de stabilit între normalitate şi entităţi psihiatrice, care s-ar cere supuse tratamentului. Unele trăsături tipologice caracteriale sunt promovate şi premiate în cadrul stilului de viaţă contemporan, iar altele amendate. Sunt promovate sociabilitatea şi pragmatismul, iniţiativa şi adaptarea rapidă la schimbări. Nu sunt tolerate retragerea, inhibiţia, emotivitatea, depresia sau un ataşament prea mare faţă de tradiţie. Nu e încurajată toleranţa la suferinţă, suportarea acesteia. De asemenea, nu e promovat în mod suficient autocontrolul calmul, răbdarea, suportarea cu seninătate a dificultăţilor. Consultarea specialiştilor pentru orice problemă sufletească e corelată şi cu metamorfozele în convingerile religioase, în structura familiei şi educaţiei. Reclama

firmelor de medicamente pentru soluţii rapide şi eficiente faţă de disconfortul şi problemele psihice ale oamenilor au, pe lângă aspectul lor pozitiv, şi consecinţa creşterii medicalizării problemelor sufleteşti ale omului.

Particularităţile caracteriale ale persoanei au intrat şi ele în acest mecanism. Caracterizarea şi etichetarea tipologică a persoanelor e o constantă umană. Diagnosticul în direcţia tulburărilor de personalitate s-a dezvoltat însă impetuos după diferenţierea axelor din DSM-III (1980), sistem ce se bazează pe categorii prototipice. Ultimii ani au adus în prim-plan tema tratamentului medicamentos şi psihoterapeutic al tulburărilor de personalitate. Dincolo de aspectul benefic al acestui demers se răspândeşte însă şi ideea că problemele legate de personalitate sunt o boală ca oricare alta. Reacţia specialiştilor nu a întârziat, ea exprimându-se prin promovarea interpretării dimensionale a tulburărilor de personalitate, prin sublinierea diferenţelor de intensitate a acestei tulburări şi a posibilei ei metamorfoze în timp. Însăşi ideea de „tratament" a personalităţii e în plină metamorfoză.

10.2. Comorbiditatea

Prin comorbiditate se înţelege prezenţa, la un individ, a două boli distincte, concomitent sau succesiv, astfel încât existenţa lor să nu fie o simplă întâmplare. Se mai foloseşte, în acest sens, termenul de *coocurenţă* (Dolan-Sewel, 2001). Se presupune explicit că cele două boli sunt distincte şi nu au zone importante de acoperire reciprocă. După DSM-III, tema comorbidităţii în psihiatrie a devenit o problemă importantă, deoarece:

- bolile (tulburările psihice, sindroamele psihopatologice) sunt concepute categorial, fiecare cu definiţia sa, cu criteriile sale de diagnostic. Sunt circumscrise multe astfel de tulburări (sindroame),

presupuse ca distincte, deşi, în practică, pentru fiecare se menţionează o importantă coocurenţă;
- tendinţa sistemului actual de clasificare a bolilor este una de divizare în unităţi sindromatice mici, deşi pentru unele sindroame se menţionează criterii ce apar şi la altele, astfel încât delimitările sunt, de fapt, vagi;
- tulburările de personalitate sunt plasate pe Axa II, fapt ce ridică problema coocurenţei cu sindroamele de pe Axa I;
- tulburările de personalitate sunt prezentate categorial, dar cu limite destul de vagi;
- cercetările cazuistice au indicat faptul că identificarea unui singur tip de tulburare de personalitate e rară, cel mai frecvent întrunindu-se criteriile a două sau mai multe categorii la aceeaşi persoană. Ar exista deci o mare comorbiditate între tipurile de tulburări de personalitate, în măsura în care fiecare dintre ele e considerată ca o boală distinctă (Skodal, 2005).

Kendler (1987) citat de Tyrer (2000) descrie şase strategii pentru a susţine existenţa diagnosticului unei boli distincte:

a) identificarea şi descrierea unui sindrom psihopatologic caracteristic;
b) demonstrarea limitelor dintre acest sindrom şi alte sindroame prin funcţii discriminatorii;
c) studii catamnestice care stabilesc un curs şi un rezultat specific;
d) specificitate terapeutică;
e) studii familiale care să indice patologie identică sau asemănătoare;
f) asocierea cu unele anomalii mai fundamentale, biologice, psihologice, biochimice sau moleculare.

Nu toate entităţile nosologice de pe Axa I şi Axa II din DSM-III şi DSM-IV îndeplinesc aceste condiţii. Au existat şi există însă şi raţiuni pentru o hiperdivizare a categoriilor nosologice, mai ales în

domeniul tradiţional al psihopatologiei nevrotice, după cum există şi argumente împotrivă. Acestea sunt prezente în felul următor de Tyrer (2000):

Tabelul 10.1. *Argumente în favoarea şi împotriva divizării categoriilor nosologice*

Argumente în favoarea	Argumente împotrivă
Oferă noi oportunităţi pentru noi medicamente - o mai mare deschidere a pieţii.	Există slabe evidenţe pentru stabilitatea în timp a noilor diagnostice.
Promovează cercetarea, mai ales în direcţia comorbidităţii.	Există o importantă comorbiditate a tulburărilor care sugerează că nu sunt omogene.
Creează condiţii mai bune pentru studiile epidemiologice.	Există o slabă evidenţă a specificităţii farmacologice sau psihologice în perspectiva tratamentului.
Aduce un suport pentru mecanismele de acţiune în cercetarea farmacologică.	Evidenţa privitoare la diferenţele în evoluţie este slabă. Există o slabă sau nulă evidenţă în ceea ce priveşte substratul genetic al fiecărei tulburări specifice.

Actualele cercetări sunt în cea mai mare parte făcute din perspectiva DSM-III şi DSM-IV. Majoritatea studiilor se referă la cazuri care au intrat în evidenţă pentru o tulburare de pe Axa I şi la care se identifică diagnosticul pe Axa II, dar există şi unele studii care diagnostichează întâi recurgând la Axa II, urmărind comorbiditatea cu Axa I (Bank, 2001). Problema ţine de metodologie. Faptul că, la un moment dat, apare o coocurenţă de diagnostice pe cele două axe nu lămureşte care este sau va fi situaţia de-a lungul vieţii şi care va fi profilul psihopatologic pe cele două axe în viitor. Datele pot varia şi în funcţie de randomizare, dacă s-au ales pacienţi clinici sau din ambulator sau din studii populaţionale. Metodele utilizate de diagnostic

joacă, de asemenea, un rol important, deoarece chestionarele de autoevaluare depind de starea de moment a subiectului care poate influenţa evaluarea personalităţii, dar şi de particularităţile unei tulburări de personalitate care pot modifica informaţiile necesare pentru un diagnostic de pe Axa I (Widiger, 1994). Oricum, în prezent, părerea generală este că există o comorbiditate importantă între Axa I şi Axa II, precum şi o influenţă reciprocă între aceste două tipuri de patologie. Existenţa unui diagnostic de tulburare de personalitate ar face ca o tulburare de pe Axa I să aibă un prognostic mai rezervat, iar o tulburare de pe Axa I recurentă şi prelungită ar tinde să modifice personalitatea în sens patologic. Pe de altă parte, se discută măsura în care poate fi vorba de o patologie distinctă şi care ar fi argumentele unui diagnostic specific fiecăreia dintre cele două axe.

10.3. Modele ale relaţiilor dintre Axa I şi Axa II

În continuare, vor fi menţionate principalele modele ce sunt invocate în cazul comorbidităţilor medicale (Lyons, 1997; Dolan-Sewell; 2001):

Modelul independenţei

Acesta presupune că nu există o relaţie cauzală sau de risc în coocurenţa tulburărilor în chestiune. Ele apar împreună întâmplător, prin şansă, având o etiopatogenie şi o configuraţie clinică distinctă. Este aşa-zisa „ipoteză nulă". Deşi au o configuraţie clinică distinctă din toate punctele de vedere, cele două tulburări au o etiopatogenie comună. Aceasta poate fi genetică, biologică, ambientală, psihologică, temperamentală sau o combinaţie a acestor factori. Mai e numit şi „modelul acoperirii" şi e similar conceptului pluritropiei.

Modelul spectrului sau al manifestărilor clinice în grade variate

În acest caz, se consideră că două tulburări sunt strâns corelate în perspectiva etiologiei şi mecanismelor de acţiune, dar există variabilitate în prezentarea clinică a tulburării în ceea ce priveşte completitudinea tabloului clinic, severitate, defect. Cele două tulburări nu sunt considerate întru totul distincte. În formă tipică, se consideră că una dintre cele două boli e o manifestare uşoară sau atenuată a celeilalte. În perspectiva relaţiei dintre Axa I şi Axa II, acest model a fost utilizat pentru a descrie natura relaţiilor între clusterul A şi tulburările psihotice – cu precădere schizofrenia. Exemplul invocat mereu e cel al relaţiei dintre TP schizotipală şi schizofrenie şi al relaţiilor dintre clusterul C şi tulburările anxioase. O variantă tipică ar constitui-o relaţiile dintre tulburarea evitantă şi fobia socială; pentru clusterul B, este pusă insistent în discuţie relaţia de spectru dintre TP de tip borderline şi tulburarea bipolară în forma sa atenuată de ciclotimie, formă iritabilă (Akiskal, 2004). Persoanele care manifestă variantele mai severe ale tulburării vor avea o mai mare încărcătură a factorilor etiopatogenetici decât cei ce dezvoltă forme uşoare. Modelul spectrului presupune un continuum al tulburării şi corespunde ideii atribuite lui Kraepelin, privitoare la interpretarea tulburărilor de personalitate ca boli psihice nedezvoltate, punct de vedere dezvoltat şi de Kretschmer.

Modelul predispoziţie/vulnerabilitate

Acesta presupune că o tulburare precede o alta şi creşte riscul pentru apariţia acesteia. Cele două sunt considerate distincte etipatogenetic. Cea de-a doua s-ar fi putut instala şi fără prima, dar prezenţa acesteia creşte vulnerabilitatea persoanei, mărind riscul său de apariţie şi intensitatea manifestărilor sale. De exemplu, TP evitantă creşte riscul pentru depresia majoră, dar depresia poate să apară şi independent de TP evitantă.

Modelul complicaţie/sechelă (complication/scar model)

Se presupune, de asemenea, că cele două tulburări sunt distincte. Cea de-a doua tulburare se produce ca o consecinţă a primeia, din cauza acesteia sau în contextul pe care îl generează. Dar ea persistă şi după ce prima a dispărut, ca un fel de „complicaţie" sau ca şi cum ar fi fost declanşată de urma (sechela) lăsată de prima. Un exemplu ar fi atacul de panică ce apare în condiţiile unui stres acut şi apoi persistă prin sine. Se presupune că tulburarea ce persistă are propriile fundamente etiopatogenetice, iar prima a activat doar această potenţialitate, care, în alte condiţii, ar fi rămas latentă.

Modelul patoplastic/exacerbare

Principala aserţiune a acestui model este că, deşi afecţiunile pot avea etiologii independente, apariţia lor împreună face ca una să influenţeze manifestarea sau evoluţia celeilalte. Acest lucru s-ar putea datora efectului aditiv (patoplastic) sau sinergic (exacerbare). Pot să apară manifestări simptomatice specifice. De exemplu, coocurenţa tulburării obsesiv-compulsive şi a TP schizotipale conduce la o simptomatologie pe care nici una dintre acestea nu o are atunci când se manifestă singură. Depresia poate să se manifeste clinic diferit la TP dependentă, narcisică sau histrionică. Atacurile de panică ce apar la TP histrionică au o expresivitate particulară faţă de cele care apar la una depresivă. La fel, tulburările somatoforme la o TP histrionică sau obsesiv-compulsivă se manifestă diferit. Două tulburări pot avea un efect aditiv, sinergic, în agravarea evoluţiei, prin faptul că dau deficienţe suplimentare în domeniul cooperării cu alţii sau, pur şi simplu, datorită defectului psihiatric simptomatic.

Toate modelele menţionate mai sus se întâlnesc în cadrul patologiei generale, dar şi al celei psihiatrice şi pot fi aplicate coocurenţei dintre Axele I şi II. Se pune însă şi problema relaţiei sindroamelor psihopatologice de pe Axa I cu atributele naturale ale persoanei umane sănătoase. Există un punct de vedere tradiţional, conform

căruia atât caracteristicile tulburărilor de personalitate, cât şi ale sindroamelor psihopatologice îşi au rădăcina în structurile psihismului normal. O astfel de teză a fost susţinută şi dezvoltată de doi cercetători orientaţi spre un model bio-psihologic: Siever şi Davis (1991). Autorii propun un model dimensional bazat pe domeniile centrale ale organizării cognitiv-perceptuale, reglării afectelor, controlului impulsurilor şi modulării anxietăţii. Fiecare dimensiune ar avea corelaţii biologice şi s-ar întinde pe un continuum situat între normalitate şi patologic. Anormalităţile extreme ale mai multor dimensiuni se pot combina şi manifesta pe Axa I. Combinarea unor forme de patologie, medii dar persistente, ar prezenta profilul tulburărilor de pe Axa II. Astfel, coocurenţa s-ar explica, în toate sensurile, pe axe şi între axe. Modelul ar permite şi predicţii având ca punct de plecare mecanismele biologice ce stau la bază. Factorii ambientali sunt cuprinşi la capătul dimensiunilor şi ei pot modela manifestările şi evoluţia. Modelul nu e însă suficient de elaborat în direcţia specificului antropologic al psihismului.

10.3.1. *Probleme metodologice în studiul comorbidităţii dintre Axa I şi II*

Din perspectivă metodologică, o primă problemă ar fi cea a definirii tulburărilor de personalitate şi a mijloacelor de a le identifica. În prezent, se foloseşte cel mai mult sistemul categorial din DSM-IV-TR, dar e încă neclară evaluarea gravităţii, cu diferenţieri între formele de tulburare de personalitate gravă, medie şi uşoară, eventual cu trecere spre persoana particulară sau „persoană ce are probleme". Se consideră că tulburarea de personalitate e subdiagnosticată, deoarece personalitatea e evaluată, de obicei, la cazurile internate, însă în mod riguros doar atunci când este timp şi interes. În ambulator nu este

timp pentru aplicarea interviurilor semistructurate şi culegerea de informaţii de la aparţinători. Unele studii epidemiologice indică faptul că până la 10% din populaţie ar prezenta tulburări de personalitate. Ar rezulta că la foarte multe persoane cu diagnostic pe Axa I nu se cunosc date despre Axa II, deşi acest fapt ar prezenta interes. Un alt aspect este acela că evaluarea personalităţii în cursul unui episod psihopatologic intens de pe Axa I poate deforma reprezentarea subiectului despre propria persoană, chiar dacă nu e vorba despre chestionare de autoevaluare, ci de interviuri semistructurate. Nu toate instrumentele de evaluare a tulburărilor de personalitate fac o distincţie netă între tulburarea de pe Axa I şi cea de pe Axa II. Perioada referitor la care, în cazul acestor instrumente, se cere ca subiectul să-şi autoevalueaze personalitatea nu se întinde totdeauna pe parcursul întregii vieţi de după adolescenţă, cel mai des termenul de *instrument* avut în vedere vizând ultimii cinci sau doi ani. Diverse instrumente de evaluare a tulburărilor de personalitate nu dau aceleaşi rezultat, chiar aplicate competent la acelaşi subiect, în funcţie de construcţia şi baza lor teoretică (Tyrer, 2000).

Instrumentele care se bazează pe doctrina dimensională trebuie „traduse" în termeni categoriali. Evaluarea patologiei psihiatrice pe Axa I pe tot cursul vieţii, şi nu doar cu ocazia unui episod curent, este uneori dificilă. Există puţine studii prospective pe termen lung, pornindu-se de la cazuri identificate cu comorbiditate pe cele două axe, comparativ nu doar cu diagnostice pe Axa I fără tulburare pe Axa II, ci invers, cu tulburări pe Axa II, pentru a se vedea expectanţa apariţiei tulburărilor pe Axa I. Caracteristicile personalităţii şi ale sindroamelor psihopatologice se influenţează reciproc, fiind în corelaţie şi cu evenimentele de viaţă trăite. Se apreciază că, pentru ca studiile prospective să fie relevante, ar trebui efectuate evaluări ale ambelor axe în mod frecvent, eventual lunar (Bank, 2001). Sunt foarte puţine studii populaţionale care să urmărească problema coocurenţei între Axa II şi Axa I în populaţia generală, în cazul tulburărilor subclinice

sau la persoane care încă nu au venit în contact cu serviciile de psihiatrie.

Cu toate aceste multiple probleme metodologice, coocurența dintre tulburările de pe Axele I și II este, în prezent, nu doar intuită, ci și evidențiată factologic.

Rezultate ale cercetărilor

Studiile, efectuate din perspectiva doctrinară a sistemului DSM-III și DSM-IV, au identificat importante coocurențe între cele două axe. Progresiv, s-a decantat concluzia că datele obținute și ipotezele de interpretare capătă o mai mare coerență dacă nu se privește din perspectiva fiecărei tulburări de personalitate, înțeleasă categorial, ci din aceea a celor trei mari clustere – A, B și C.

În continuare, vor fi prezentate o serie de date cunoscute în prezent, referitoare la comorbiditatea între Axele I și II. Punctul de plecare este acela în care se consideră că există o diferență definită între aceste două domenii de patologie. Se afirmă însă și perspectiva în care patologia de pe Axele I și II este privită ca un continuum, care acceptă zone de tranziție și extreme, puncte de vedere ce trimit mai ales la modelul spectrului. Ambele perspective vor fi invocate.

Clusterul A vizează personalități ciudate, excentrice. Acesta cuprinde TP paranoidă, schizoidă și schizotipală. Corelația cu tulburările psihotice (de exemplu, schizofrenia) sau cu simptomele psihotice (halucinații, delir) e ceva mai mare. Interpretarea e făcută, de obicei, prin modelul spectrului, în sensul că tulburările de personalitate din acest cluster ar reprezenta variante atenuate ale tulburărilor psihotice severe de pe Axa I. În DSM-IV se precizează că diagnosticul de TP schizotipală e provizoriu și el se schimbă dacă simptomatologia schizofreniei devine francă. De fapt, în construcția TP schizotipale s-a pornit de la observațiile manifestării psihopatologice la relativii schizofrenilor, deci de la o relație de spectru.

Coocurența dintre tulburările de personalitate din clusterul A și tulburările de pe Axa I – în sens de concomitență a celor două *tulburări*

Oldham *et al.* (1995) consideră că la persoanele cu tulburări de personalitate de cluster A se întâlnește pe Axa I o rată crescută a tulburărilor psihotice, dar nu și a tulburărilor afective, anxioase, de consum de substanțe sau alimente, așa cum se întâlnesc la tulburările de personalitate din clusterul B. La tulburările de personalitate de cluster C se întâlnesc, în plus, și tulburări afective. Se poate presupune că cei cu tulburări de personalitate sunt, în general, mai sensibili la tulburările pe Axa I – inclusiv psihoze –, dar cei din clusterul A sunt mai sensibili la acestea din urmă.

Studiile longitudinale privind corelația dintre clusterul A și semne și simptome psihotice

Chapman *et al.* (1994) au studiat „înclinarea" spre psihoză printr-o metodologie specială. S-a aplicat un chestionar, iar cazuistica a fost reevaluată după 10 ani. Psihoticii au fost întâlniți mai frecvent printre cei ce aveau inițial ideație magică și anhedonie socială, fapt confirmat și de alte studii *follow-up*, efectuate după 10 ani, de către Kwapil *et al.* (1999). Berenbaum și Fujita (1994) au urmărit legătura dintre personalitate și schizofrenie și au concluzionat că pre-schizofrenii se caracterizează prin ciudățenii, percepții și convingeri deviante. Aceste cercetări nu sunt însă centrate pe tipologia tulburărilor de personalitate din DSM-III și DSM-IV.

Studiile familiale

Studiile familiale sunt importante pentru ideea de spectru psihotic ce se extinde la tulburările de personalitate. Un studiu sistematic a lui Kendler *et al.* (1995) privind rudele schizofrenilor și ale altor tipuri de pacienți găsește la primii o serie de semne de „schizotipie" – nu foarte multe semne specifice, dar totuși destule particularități. Berenbaum și Fujita (1994) constată și el că rudele schizofrenilor se

caracterizează prin ciudăţenii şi introversie, dar e dificil să se afirme dacă e vorba de o vulnerabilitate specifică pentru schizofrenie.

Corelaţia dintre schizofrenie şi TP schizoidă şi schizotipală este descrisă mereu, dar studiile riguroase sunt puţine şi dificile. În timpul episodului schizofren, informaţiile pacientului nu sunt pertinente, referinţele de bază fiind cele ale aparţinătorilor. După unul sau mai multe episoade, persoanele se pot schimba în sensul unui defect de personalitate schizoid postpsihotic. În ultimii ani, se discută mult despre simptomatologia prodromală, care se poate extinde pe câţiva ani înainte de debut. În cazul schizofreniei care debutează la vârste tinere poate fi dificilă, dacă nu chiar imposibilă, diferenţierea între debutul lent progresiv, prin faza prodromală, şi o tulburare preexistentă de personalitate. Mai intervin şi cerinţe de diagnostic care, în ceea ce priveşte durata, sunt diferite în DSM-IV-TR şi ICD-10.

Clusterul B. TP dramatice şi flamboiante. Din acest grup fac parte TP antisocială, de tip borderline, histrionică şi narcisică. Corelaţia cea mai strânsă a fost cea stabilită cu tulburările impulsurilor şi cu dependenţa de alcool şi droguri. Aceasta din urmă este probată şi prospectiv, în sensul că riscul de a avea o asemenea tulburare în cursul vieţii e mare în acest cluster. O relaţie moderată ar fi cea stabilită cu tulburările afective, de stres şi cele ale instinctului alimentar (Tyrer *et al.*, 1997), dar s-au găsit şi alte corelaţii. În studiul său asupra a 200 de pacienţi aflaţi în tratament, Oldham (1995) descoperă că tulburările de personalitate ale clusterului B au şanse crescute de a se asocia cu tulburări anxioase (rata = 2,3), tulburări psihotice (rata = 5,3), abuz de substanţe (rata = 5,0). În Epidemiologic Catchement Area Study (ECAS ; Robins *et al.*, 1991), mai mult de 90% dintre pacienţii cu TP antisocială aveau un diagnostic adiţional pe Axa I, mai ales referitor la abuzul de alcool.

O problemă mult discutată a fost cea a coocurenţei între TP de tip borderline şi depresie. S-a considerat chiar că ar fi două expresii ale aceleiaşi etiologii. La depresivii din ambulator s-a evaluat prezenţa

TP de tip borderline la 10-40%, dar şi clusterul C e prezent în 45-65% din cazuri. Distimia a fost rar întâlnită la TP de tip borderline (10%). Datele statistice nu indică o relaţie specifică. În istoria familială, de asemenea, nu se întâlneşte o frecvenţă crescută a depresiei. Relaţii cu depresia pot exista, dar nu de tipul celor de spectru.

Asocierea TP de tip borderline/tulburarea bipolară este mai importantă, mai ales din perspectiva dezvoltării afective şi a impulsivităţii. Instabilitatea afectivă din TP de tip borderline e mai mult reactivă, pe când în tulburarea bipolară e endogenă, iar impulsivitatea din TP de tip borderline nu se ridică la cea condiţionată de stări afective. Akiskal (2004) a argumentat că TP de tip borderline ar fi mai bine conceptualizată ca o tulburare afectivă, mai precis ca o ciclotimie disforică. În diverse studii, tulburarea bipolară este coocurentă cu TP de tip borderline – între 1% şi 35% –, dar se întâlnesc şi TP narcisică şi obsesiv-compulsivă. Dintre cazurile care prezintă TP de tip boderline, 10% întrunesc criteriile pentru tulburarea bipolară de-a lungul vieţii, dar ele se întâlnesc, de asemenea, în proporţie de 9% la TP antisocială şi 7% la TP histrionică. Ideea că TP de tip borderline ar face parte din spectrul tulburării bipolare e greu de susţinut, dar intervenţia unui factor temperamental poate fi considerată ca importantă, fapt relevat şi de studiile făcute de Cloninger (*apud* Akiskal, 2004).

TP de tip borderline şi reacţia de stres posttraumatic se află într-o relaţie complexă. În primul rând, sunt multe studii care atrag atenţia asupra traumelor din copilărie – separare/părăsire, abuz fizic sau sexual – şi dezvoltarea TP de tip borderline. Aceasta ar fi cu 70% mai frecventă decât în alte grupuri de tulburări de personalitate. Se pare că doar abuzul sexual, prin sine, nu e specific. De asemenea, la TP de tip borderline s-au identificat mai multe situaţii de tulburare de stres posttraumatic decât la alte tulburări de personalitate – 50% *vs* 22%. Se au în vedere şi traumatismele de la vârsta adultă, cum ar fi cele din războaie (războiul din Vietnam), care se regăsesc la multe

cazuri de TP de tip borderline dar şi la cazuri cu TP evitantă, paranoidă şi obsesiv-compulsivă. Se au în vedere şi traume repetate. Pe de altă parte, TP de tip borderline condiţionează apariţia de evenimente la care apoi se reacţionează.

TP antisocială e corelată în toate statisticile cu abuzul de substanţe. Aceste două tulburări ar constitui continuumul unui grup denumit „al tulburărilor externalizate" (Krueger, 2001). De fapt, consumul de alcool şi droguri, de obicei politoxicomania, se corelează pozitiv cu întreg clusterul A. Totuşi, deoarece consumul este de lungă durată, cu debut la vârste tinere, de cele mai multe ori e dificil de stabilit statusul mintal înainte de începerea consumului, astfel încât relaţiile cauzale sunt complexe şi se pot interpreta prin mai multe modele. S-a discutat şi dacă nu se poate vorbi de o personalitate adictivă. *Consumul cronic de alcool şi droguri poate, de asemenea, modifica în mod secundar personalitatea sau, cel puţin, poate accentua trăsăturile iniţiale.*

Clusterul C, anxios/fobic. Cuprinde TP evitantă, pasiv-agresivă, dependentă, obsesiv-compulsivă. O eventuală TP depresivă ar intra tot în acest grup. Aceaste tulburări de personalitate sunt predominant coocurente cu tulburările de dispoziţie anxioase, ale alimentaţiei şi somatizării, dar şi cu tulburările psihotice. Sunt de făcut câteva menţiuni speciale. Astfel, relaţia între TP obsesiv-compulsivă şi tulburarea obsesiv-compulsivă nu e înalt predictivă. În această tulburare nu s-a identificat TP anancastă ca mai frecventă decât alte tulburări de personalitate, ba chiar într-un procent mai redus. Studiile au pornit de la prezenţa tulburării şi nu prospectiv, fapt ce nu clarifică suficient problema, mai ales ştiindu-se că tulburarea obsesivă debutează deseori în copilărie şi, cel mai frecvent, la vârste tinere.

TP evitantă se află într-o relaţie foarte strânsă cu fobia socială, mai ales cu forma generalizată a acesteia, astfel încât, de multe ori, diferenţierea e dificilă sau imposibilă. Multe simptome sunt comune

chiar şi în definiţie. În acest caz, s-a vorbit, de asemenea, de relaţia de spectru, TP evitantă fiind considerată ca o formă prelungită, persistentă, cronică şi invalidantă a fobiei sociale, iar forma generalizată şi prelungită a acesteia, ca o modalitate intermediară. S-au încercat totuşi diferenţieri. Turner *et al.* (1986) consideră că persoanele cu TP evitantă prezintă o anxietate mai pronunţată, simptome depresive şi un nivel înalt de senzitivitate interpersonală în raport cu fobia socială. Diferenţele ar fi nu doar de intensitate, ci şi de delimitare faţă de anumite situaţii specifice în cazul fobiei sociale. În general, studiile relevă o coocurenţă de cel puţin 50%. Majoritatea studiilor au pornit însă de la existenţa unei fobii sociale pe Axa I, şi nu de la TP evitantă. De fapt, ambele tulburări răspund la acelaşi tratament medicamentos şi psihoterapeutic. Debutul precoce al fobiei sociale în tulburare a fost, de asemenea, incriminat, la fel ca şi în cazul TP obsesiv-compulsive. De asemenea, pot exista şi alte comorbidităţi pe ambele axe, fapt ce complică problema.

Clusterul C şi tulburările somatoforme

Această coocurenţă e mare, în multe studii tulburările somatoforme fiind întâlnite la 59%-88% din cazuri, dacă se porneşte de la identificarea tulburării pe Axa I. De aceea, unii autori au argumentat că tulburările somatoforme ar fi mai bine clasificate decât tulburările de personalitate, deoarece aproape la toate se realizează debutul la o vârstă tânără şi au un curs persistent, cronic. În special hipocondria preia acest statut, iar Tyrer o şi propune ca tip de TP hipocondriacă (2000). Tulburările somatoforme sunt corelate însă şi cu clusterul B. Asocierea cu TP histrionică poate fi recunoscută în sindromul Briquet.

De asemenea, tulburările de alimentaţie se întâlnesc frecvent în clusterul C, dar şi în B.

TP depresivă a fost introdusă în DSM-IV ca un diagnostic de cercetare, pentru o eventuală adoptare ulterioară. Descrierea unei personalităţi depresive este veche şi acest tip a figurat printre personalităţile

psihopate ale lui Schneider. În ultimul timp, se discută mult asupra diferenţierii între distimie şi TP depresivă, între aceasta şi normalitate, despre consistenţa internă a tipului şi diferenţierea de alte tipuri. TP depresivă, în măsura în care e acceptată, se corelează bazal atât cu depresia normală, cât şi cu distimia şi depresia clinică. În ultimele decenii, s-a vorbit despre „dubla depresie" care se referă la o depresie majoră ce apare pe un fond depresiv persistent, distimic sau de personalitate depresivă. Până la includerea oficială a TP depresivă în clasificări, nu s-au efectuat studii riguroase decât izolat. Este o situaţie ce poate fi privită din perspectiva modelului spectrului. În ceea ce priveşte episoadele depresive, acestea sunt frecvente şi la alte tipuri de tulburări de personalitate din clusterul C, dar şi la TP de tip borderline. Tabloul clinic e influenţat patoplastic de tipul personalităţii (Klein, 2002; Reich, 2003; Clark, 2003).

De multă vreme, clusterul C şi tulburările anxioase sunt considerate ca strâns corelate. Tulburările de panică sunt corelate mai ales cu TP dependentă, la fel ca agorafobia. Anxietatea generalizată şi TP obsesiv-compulsivă sunt, de asemenea, intens articulate cu clusterul C (Dyck, 2001; Shea, 2003; Philips, 2001; Bienvenu, 2003). Aceste asocieri pot merge până la intersecţie, fapt ce l-a determinat pe Tyrer (2003) să propună, ca entitate clinică, un „sindrom nevrotic general", caracterizat prin următoarele criterii:

a) existenţa a două sau mai multe dintre următoarele diagnostice, prezente la evaluare sau de-a lungul vieţii: agorafobie, fobie socială, panică, depresie non-psihotică, anxietate, hipocondrie, tulburare somatoformă;
b) existenţa a cel puţin unui episod de boală în absenţa unui stres major: există trăsături de personalitate anormale de tip pasiv-dependent, evitant sau anancast (cluster C);
c) existenţa unei istorii de tulburare secundară la rudele de gradul I.

Acest concept larg de *sindrom nevrotic general* este denumit *cotymie*. El ar fi argumentat şi de faptul că există o mare coocurenţă simultană şi succesivă a tulburărilor menţionate pe Axa I; de asemenea, tulburările de personalitate din clusterul C manifestă o coocurenţă majoră. Conceptul de *cotymie* presupune corelaţia între Axa I şi Axa II, din perspectiva continuumului şi a spectrului, fără a nega aplicabilitatea altor modele. Există apreciabile confirmări clinice ale acestei perspective sintetizatoare. Ideea nu neagă şi eventualitatea cazuistică în care corelaţia dintre clusterul C (tulburările de personalitate) şi tulburările de pe Axa I (anxioase, uşor depresive şi somatoforme) e limitată şi specifică.

10.4. Relaţia dintre Axa I, Axa II şi alte axe ale DSM-IV, din perspectivă evolutivă

Înainte de a comenta posibilele tulburări corespunzătoare Axei I asupra celor corespunzătoare Axei II se cer luate în considerare influenţele ce le pot avea suferinţele organice cerebrale asupra manifestărilor caracteriale.

Se ştie de multă vreme că traumatismele craniene sau alte leziuni cerebrale – infecţioase, toxice, hipoxice, post-intervenţii chirurgicale – pot conduce la o modificare a personalităţii care, până la acea dată, putea fi considerată în limitele normalităţii, modificare distinctă de deficienţele cognitive. La fel se prezentau lucrurile în cazul epilepsiei, mai ales în perioada în care nu existau tratamente destul de eficace. A fost relevată o caracteriopatie epileptică, manifestată prin lentoare, adeziune la concret, derulare a cursului gândirii din aproape în aproape. Pornind de la aceste cazuri, s-a discutat despre un tip caracterial „epileptoid" sau „ixoid". O problemă clasică a fost şi rămâne interpretarea acestui determinism organic la cazurile în care suferinţa cerebrală are loc în perioada infanto-juvenilă a personogenezei.

Problema e şi mai complicată în cazul consumului cronic de alcool şi substanţe psihoactive, care debutează la vârste tinere. Acesta poate fi condiţionat parţial de caracteristici temperamentale şi chiar de distorsiuni caracteriale, cum ar fi tendinţa spre căutarea excitaţiei şi deficienţele de control al impulsurilor ce creează tensiuni psihice, caracteristice TP antisociale, care e considerată ca având cea mai ridicată comorbiditate de acest gen. Problema se pune şi în ce măsură consumul de alcool şi substanţe nu au un efect recursiv, direct toxic şi prin favorizarea unor comportamente agresive, ce conduc la microleziuni cerebrale repetate.

A fost, de asemenea, analizat efectul psihozelor şi, mai ales, cel al schizofreniei asupra personalităţii. Încă din anii '70, Huber a descris un defect de personalitate – schizoid – după episoade schizofrene, distinct de defectul ce constă în persistenţa simptomelor specifice sau de cel energetic. Şi în cazul episoadelor depresive repetate s-a relevat, de asemenea, un defect de personalitate, dar acestea e mai dificil de diferenţiat de cronicizarea depresiei, iar recunoaşterea oficială a unei TP depresive e încă neatestată. În prezent, nu există studii care să clarifice dacă unele forme de TP paranoidă nu sunt consecutive unor scurte episoade psihotice. Problema se plasează într-un câmp de cercetare deschis, mai ales că, în prezent, se acordă o atenţie sporită episoadelor psihotice scurte. În ultimii ani, s-a acordat o mare importanţă tulburării obsesiv-compulsive, constatându-se că, în înţelesul de tulburare episodică, ea nu apare frecvent la TP obsesiv-compulsivă. Pe de altă parte, tot cercetările recente au demonstrat că debutul acestei boli este cel mai frecvent în perioada infanto-juvenilă şi la vârste tinere, astfel încât se pune problema în ce măsură TP obsesiv-compulsivă nu e deseori sechela acestor episoade maladive precoce (Koran, 1999). Aceeaşi întrebare se pune şi în perspectiva corelaţiei dintre o serie de tulburări anxioase şi unele forme de tulburare de personalitate din clusterul C.

În ICD-10 (1992) s-a identificat o categorie specială de tulburări psihice, care constau într-o modificare durabilă a personalităţii, ca o

consecinţă a unor evenimente de viaţă stresante excepţionale şi în urma unor boli prelungite, cu impact asupra vieţii sociale. Se consideră că experienţe de viaţă catastrofice, precum lagărele de concentrare, tortura, situaţii psihologice de supunere la terorism, la maltratare şi detenţie forţată pot modifica personalitatea. Se ridică, de asemenea, problema în ce măsură nu ar exista o continuitate între un maltratament prelungit în perioada infanto-juvenilă, mai ales în cea puberal-adolescentină, de încheiere a personogenezei. Problema se plasează între cea a abuzurilor şi maltratamentului parental din mica copilărie – considerate importante pentru TP de tip borderline – şi reacţia de stres posttraumatic prelungit al adultului (de exemplu, în condiţii de război). În prezent, această problematică este una deschisă cercetării.

Modificarea personalităţii în urma unei boli prelungite se referă, pe de o parte, la bolile somatice, ţinându-se cont de trăirile subiective, dizabilităţi, impactul social ce duce la izolare, deficienţe de interrelaţionare, stigmatizare etc. Consecinţele bolilor psihice urmează să fie înţelese în acelaşi context, şi nu doar ca o consecinţă directă a afectării.

Pe scurt, relaţia între Axa II şi alte axe se abordează şi din perspectiva modificării personalităţii prin suferinţe organice cerebrale, episoade psihotice endogene şi influenţe psihosociale. E de presupus că aceste influenţe pot juca un rol în constituirea tulburărilor de personalitate, dacă apar în perioada infanto-juvenilă şi, mai ales, în pubertate şi perioada adolescentină. Se poate adăuga faptul că există toate argumentele raţionale pentru a emite ipoteza că tulburările psihice de pe Axa I, dacă nu au rol cauzal sau agravant, cel puţin întreţin o tulburare diagnosticată de pe Axa II.

În prezent, se consideră că tulburările de personalitate fac astfel încât persoana să ajungă mai uşor la o tulburare corespunzătoare Axei I, mai ales dacă e expusă unor stresori; prin urmare, cresc vulnerabilitatea pentru sindroame psihopatologice.

La fel, este o opinie general acceptată şi afirmată faptul că tulburările de personalitate au un rol general negativ asupra evoluţiei

unei tulburări de pe Axa I, că această evoluţie e mai severă decât în cazul în care nu există un diagnostic de pe Axa II.

Trebuie ţinut cont de faptul că, atunci când se înregistrează coocurenţa celor două axe, pot exista mai multe diagnostice – deci, o mare comorbiditate – de pe Axa I. Se conturează astfel cazuri mai complexe, care, în mod firesc, au o evoluţie mai dificilă. De asemenea, uneori se ignoră variabilitatea în timp a diagnosticului de pe Axa I. O tulburare care nu mai apare în urma tratamentului poate fi, peste câţiva ani, înlocuită de alta, din aceeaşi clasă; de exemplu, o tulburare de anxietate generalizată cu una fobică sau depresivă medie.

Există şi studii care arată că, în unele cazuri, tulburările de personalitate nu agravează, ci ameliorează evoluţia în timp (de exemplu, TP anancastă la un alcoolic). Un studiu relevă chiar faptul că persoane cu TP schizoidă şi consumatoare de alcool au avut o evoluţie mai bună decât cele fără tulburare de personalitate (Tyrer, 1997).

Intervine şi problema tratamentului. În unele cazuri, un tratament cu antidepresive, cu timostabilizatoare sau neuroleptice ameliorează nu doar tulburarea de pe Axa I, ci şi pe cea de pe Axa II, care a fost ignorată până la episodul respectiv. Dezvoltarea intensă din ultimul timp a psihoterapiilor în tulburările de personalitate poate da speranţe că, după remisiunea tulburării de pe Axa I, continuarea îngrijirilor pentru tulburările de pe Axa II va conduce la o evoluţie favorabilă. Acest fapt se poate realiza – în unele cazuri s-a realizat parţial – şi prin modificarea ambianţei, reducerea expunerii la stresori, ameliorarea reţelei de suport social.

Sunt observaţii care arată că unii pacienţi cu comorbidităţi de pe Axa I şi Axa II primesc o atenţie mai redusă, fiind uneori neglijaţi din cauza ideii că prognosticul e oricum nevaforabil. Chiar dacă e vorba de tulburări psihice grave, tratamentul prin internare poate ameliora mai mult decât cel ambulator, mai ales în direcţia funcţionării

sociale, dacă se organizează programe speciale în acest sens. Organizarea unor servicii semiambulatorii sau ambulatorii, care să aibă ca obiectiv îngrijirea şi tratamentul persoanelor cu tulburări de personalitate, pot conduce şi ele la rezultate.

În perspectiva medico-psihiatrică, diferenţierile dintre tulburările de pe Axa I şi Axa II, în măsura în care sunt considerate împreună stări maladive, nu apar întotdeauna ca suficient de justificate. Distincţia temporală – a duratei – e reală, dar se distribuie pe un continuum cu doi poli. De aceea, din punct de vedere medical, cei ce optează pentru a se şterge această distincţie îşi menţin punctul de vedere. Ultima ediţie a clasificării internaţionale a bolilor, OMS, nici nu o adoptă. Livesley (2000) şi alţii propun să existe o singură axă diagnostică, în care să fie incluse tulburările de personalitate şi caracteristicile de stil, iar trăsăturile de personalitate patologice, evaluate dimensional să fie singurele de plasat pe o Axă II.

Dacă însă Axa II este înţeleasă ca reprezentând dimensiunea diacron-structurală a personalităţii, cu tot ceea ce implică aceasta – aşa cum s-a arătat în capitolul anterior –, atunci raţiunea diferenţierii se poate păstra, fapt ce presupune o înţelegere, explicită sau implicită, a tot ceea ce înseamnă teren personalistic în antropologie, incluzând valenţele sale sanogenetice.

10.5. Perspectiva integrativă a relaţiilor dintre axe şi personalitatea normală

Relaţiile dintre Axele I şi II sunt tot mai mult studiate în perspectiva dimensiunilor globale, normale ale personalităţii, şi nu doar din perspectiva medicalizării psihiatrice a persoanei. Această perspectivă s-a dezvoltat mult în ultimii ani, fiind legată de abordarea dimensională a tulburărilor de personalitate. S-au utilizat şi instrumente preluate din domeniul psihologiei. Cel mai mult e utilizată teoria celor cinci

mari factori (FFT). Ca instrument, e folosit mai des NEO-PI-R (Costa şi McCrae, 1988), dar şi altele.

Ideea de bază este că tulburările de personalitate sunt variante extreme ale trăsăturilor de bază ale personalităţii, care sunt prezente şi la cazurile fără tulburări de personalitate. S-a susţinut recent (Trull şi Sher, 1994; Trull şi McCrae, 2002) că şi comorbiditatea dintre Axa I şi Axa II poate fi exprimată şi explicată prin trăsăturile FFT. Problema este în ce măsură tulburările Axei I, care sunt „stări" anormale ale psihismului, pot fi cuprinse în sisteme elaborate, astfel încât să evalueze „trăsături" constante ale personalităţii. O altă încercare este cea a lui Krueger *et al.* (1996), care utilizează Multidimensional Personality Questionnaire (MPQ) în scopul de a crea „profiluri de personalitate" (normală) pentru categorii de tulburări afective, anxioase, dependenţă de substanţe şi tulburări de conduită. S-a urmărit în ce măsură unele trăsături de personalitate pot fi predictive pentru tulburări de pe Axa I. Perioada studiată a fost intervalul cuprins între 18 şi 21 de ani.

Un alt aspect este legat de faptul că tulburările de personalitate au fost evaluate nu doar cu chestionare psihologice generale, elaborate pentru personalităţile normale, ci şi cu chestionare dimensionale realizate din perspectiva tulburărilor de personalitate. S-au utilizat: DAPP-BQ (Livesley Şi Jackson, 2002); SNAP (Clark, 1993), MCMI (Millon, 1983; 1987; 1994); MMPI-I, MMPI-II şi PSY-5 derivate din cel din urmă. Aceste instrumente pot fi corelate cu personalitatea normală, cu tulburările de personalitate, dar şi cu stările psihopatologice episodice. Astfel, tradiţionala problemă a comorbidităţii dintre Axa I şi Axa II este abordată dintr-o perspectivă mai largă.

Într-un studiu recent, Krueger (2003) aduce în discuţie o perspectivă şi o metodologie de cercetare a problemei comorbidităţii între Axele I şi II, care pleacă de la următoarea schemă:

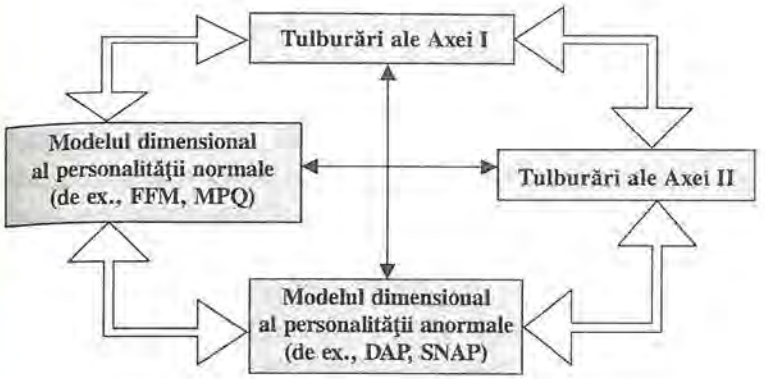


Figura 10.1. *Metodologie de cercetare a problemei comorbidităţii între Axa I şi Axa II*

Sunt abordate următoarele probleme şi teme:

- *Corelaţia dintre Axa I şi Axa II*, ambele diagnosticate prin criteriile din DSM-IV, privită din perspectiva modelelor clasice a predispoziţiei (vulnerabilităţii), a complicaţiei, a patoplastiei şi a spectrului. Autorii înclină mai mult spre doctrina spectrului.
- *Corelaţia dintre Axa I şi personalitatea normală.* Cele mai multe studii s-au făcut cu trimitere la trăsăturile din FFM, dar o altă serie de cercetări, între care şi cele ale autorilor, au utilizat Multidimensional Personality Questionnaire (MPQ). Au fost luate în considerare patru domenii de patologie: tulburările afective, anxioase, dependenţa de substanţe şi comportamentul antisocial.
- *Corelaţia dintre personalitatea normală şi Axa II.* În această direcţie, se are în vedere continuumul dintre personalitatea normală şi cea patologică. Cele mai multe studii s-au făcut cu NEO-PI-R. Se consideră că însăşi comorbiditatea dintre Axa I şi Axa II ar putea fi explicată prin nivelul trăsăturilor din FFM.
- *Corelaţia dintre personalitatea normală şi modelele dimensionale ale patologiei personalităţii.* Aceste studii s-au făcut cu acele instrumente dimensionale care au fost elaborate avându-se în

vedere trăsături anormale, patologice şi dezadaptative ale personalităţii, dar care, deşi folosesc termeni specifici psihopatologiei, se potrivesc în mare măsură şi personalităţii normale. Este vorba de DAPP-BQ, MCMI, MMPI, SNAP. Cercetările cu aceste instrumente susţin ideea că atât personalitatea normală, cât şi cea anormală sau tulburările psihopatologice sunt fundamentate în aceleaşi structuri subiacente.

Evident, e vorba de o perspectivă largă şi complexă ce încearcă să depăşească limitele rigide ale actualelor constructe nosologice categoriale de pe Axa I şi Axa II, bazându-se pe cercetări empirice, cu instrumente de investigare standardizate şi validate. Au fost avute în vedere entităţile deja menţionate: tulburările afective, anxioase, dependenţa de substanţe şi tulburările de conduită. Primele două au fost categorizate ca tulburări „internalizate", iar celelalte două, ca tulburări „externalizate". Ele sunt înţelese dimensional şi ierarhizate. Ideea de bază este aceea a existenţei unui continuum, iar tulburările internalizate se apropie de categoria *cotymiei* lui Tyrer.

Luarea în considerare a evaluării dimensionale a personalităţii din perspectiva normalităţii, a funcţionării normale este importantă şi în perspectivă terapeutică, pentru că evaluează zonele sintone şi „sănătoase" ale persoanei, punctele de ancorare pentru programele de psihoterapie şi reintegrare socială.

Relaţia de comorbiditate dintre Axa I şi Axa II, formulată strict medical, este o problemă reală care se cere însă înţeleasă ca reflex al unei realităţi antropologice mai adânci. În existenţa oricărui om, fără nici o implicare specială a psihopatologiei, există în mod firesc o diferenţă, dar şi o interrelaţie între două perspective. Pe de o parte, dimensiunea structurală, de identitate cu sine, organizată în jurul sinelui, a eului său, exprimată prin trăsături care-l identifică şi îl diferenţiază de ceilalţi, care integrează durata propriei biografii într-o exprimare personală proprie, într-o concepţie particulară,

despre lume, care structurează destinul personal. Pe de altă parte, manifestările curente, implicarea în evenimente, reacţiile circumstanţiale ce sunt derulate în situaţii date, ce durează mai mult sau mai puţin. Axa I indică perturbări ale acestor comportamente circumstanţiale care determină, pentru o perioadă de timp, o simplificare masivă a bogăţiei trăirilor şi manifestărilor persoanei, ancorată în situaţii. Axa II indică perturbări ale funcţionalităţii structural-biografice a persoanei, în sensul stilului său de manifestare, de interrelaţionare şi acţiune în lumea umană, care nu e doar perturbator, ci şi rigid, simplificând, de asemenea, existenţa umană. Aşa cum, în cursul existenţei umane obişnuite şi normale, există o permanentă interrelaţionare între aceşti doi poli, şi în patologia psihică pot exista variate corelaţii între Axa I şi Axa II, pe care le putem citi şi descrie cu diverse metodologii, din diverse perspective, şi le putem exprima în multiple limbaje.

Capitolul 11

Stabilitate şi schimbare în evoluţia tulburărilor de personalitate

Din definiţia tulburării de personalitate face parte aserţiunea că aceasta e persistentă, durabilă de-a lungul întregii vieţi adulte, anevolutivă prin sine. Se consideră că rigiditatea şi maladaptabilitatea trăirilor şi manifestărilor lor se menţine nu doar în diverse situaţii în raport cu multiple persoane, ci e şi constantă de-a lungul timpului, a biografiei individuale. Această caracterizare se aplică în primul rând formelor clar constituite, destul de grave de tulburări de personalitate, pentru formele uşoare sau marginale problemele fiind de la început formulate neclar (Stone, 2001).

Caracteristica de persistenţă în timp a tulburărilor de personalitate a fost descrisă iniţial prin raportare faţă de tulburările psihice episodice care, prin definiţie, se remit, se cronicizează sau evoluează progresiv. Dar referinţa este şi faţă de persoanele „normale" – fără tulburări de personalitate –, care, deşi îşi păstrează identitatea cu sine, se modifică destul de mult de-a lungul vieţii. Ceea ce se consideră a fi destul de constant la orice om este, în primul rând, structura sa temperamental-caracterială, ce are corespondent în stilul de manifestare a tulburărilor de personalitate, pe baza căreia acestea sunt împărţite în categorii tipologice.

Există însă şi un plan general care defineşte şi întreţine tulburările de personalitate şi care se referă la atitudinile şi conduitele disfuncţionale, maladaptative, rigide, în raport cu variate circumstanţe. O problemă pe care cercetările empirice urmează să o clarifice este dacă cei diagnosticaţi cu tulburări de personalitate la o anumită vârstă îşi păstrează rigid, de-a lungul vieţii, în aceeaşi măsură, deficienţa de raportare interpersonal-socială şi stilul de manifestare al acestei deficienţe. Problema e destul de delicată pentru că se acceptă severităţi graduale ale tulburărilor de personalitate şi posibilităţi de compensare a acesteia.

Abordarea persistenţei în timp a tulburărilor de personalitate presupune deci raportarea la stabilitatea în timp şi identitatea cu sine (exterioară şi interioară) a persoanei normale.

11.1. Stabilitatea în timp a persoanei normale în raport cu cea patologică

Date fiind multiplele înţelesuri ale conceptului de *persoană*, problema constanţei în timp a continuităţii, identităţii transsituaţionale, biografice a acesteia are multe aspecte. Din punct de vedere social, juridic şi religios, ea este relativ constantă. Totuşi, numele poate fi schimbat la fel ca actele de identitate, iar uneori o persoană poate să decadă din drepturile civile. Un credincios poate păcătui, dar îşi poate răscumpăra păcatul.

Din perspectivă biologică, problema e mai complexă. Astăzi, se ştie că fiecare persoană are o identitate de cod genetic, corpul viu are mărci de identitate pentru toată viaţa, chipul şi amprenta digitală fiind elemente de identificare. Corpul este însă evident marcat de creştere, maturizare, îmbătrânire, poate fi modificat de boli sau accidente. Mutilarea feţei, îngrăşarea sau slăbirea exagerată,

modificarea pilozității, operațiile estetice, lentilele de contact – toate pot modela aspectul corporalității. Experiențele de viață adânci modifică expresivitatea fizionomiei. Vestimentația, frizura, podoabele pot contribui la schimbarea aspectului, la „mascarea" identității. Creierul e supus și el ciclurilor biologice, poate suferi leziuni care să afecteze memoria sau stilul comportamental. S-au imaginat și experimente de tipul: „Cum s-ar comporta o persoană în corpul căreia s-a transplantat creierul altei persoane, cu întreaga memorie a acesteia?".

Psihismul individului uman se metamorfozează continuu în cursul personogenezei, în paralel cu constituirea, consolidarea și adâncirea identității cu sine. În continuarea psihanalizei, Erikson a propus o stadializare a dezvoltării psihice, care include pubertatea, adolescența, perioada adultului tânăr și cea ulterioară. Echipa condusă de Levinson a studiat ciclurile vieții la vârsta adultă.

Se consideră că la vârsta adultului tânăr se ajunge la o configurație psihică ce rămâne relativ constantă de-a lungul vieții, în perspectiva stilului caracterial, a operaționalității inteligenței și a capacității de înțelegere ce stă la baza discernământului. Totuși, la întrebarea „Când este persoana definitiv constituită?" nu există un răspuns simplu, autorii oscilând între sfârșitul adolescenței și vârsta de 30 de ani (Caspi, 1999). Faptul depinde și de criteriile invocate, între controlul impulsurilor, manifestarea caracterială și consistența afirmării sociale. După adolescență și perioada adultului tânăr se manifestă fondul de cunoștințe privitoare la lume, în general, și la comportamentul uman, în special. Crește fondul de abilități pragmatice, capacitatea de a rezolva probleme, de a face față stresorilor, eventual de a se autoconduce. O importantă complexificare a personalității s-ar realiza prin asimilarea și practicarea rolurilor sociale, care, la vârsta adultului tânăr, sunt insuficient experimentate. Rolul marital, parental, de administrare a unei gospodării, rolurile profesionale și civice obligă la asimilarea de cunoștințe teoretice și practice, implică responsabilități,

coordonarea în acțiune împreună cu alții, câștigarea unor experiențe și habitudini. Orarul și forma în care subiectul integrează rolurile sociale nu e prestabilit. Schimbările și evenimentele de viață importante, mai ales cele ce se impun indiferent de voința subiectului, pot modela persoana sub toate aspectele.

Se consideră că persoana învață din experiențele sale de viață importante. Ansamblul cunoștințelor dobândite de subiect se organizează după liniile de forță ale unor opinii, convingeri, credințe, care, deseori, sunt influențate de afilierile sale la diverse microgrupuri. În raport cu diverse situații și persoane, subiectul se poate manifesta variat, dar se consideră că, în mod normal, pe măsura maturizării, crește și consistența sinelui „nuclear", care integrează multiplicitatea sine-urilor circumstanțiale. Teoria „individuației" elaborată de Jung susține că, la vârsta adultă, persoana poate progresa spre o adâncire a caracteristicilor sale proprii, a unicității sale, spre o sporită cunoaștere și conștiință de sine, spre câștigarea unui mai mare echilibru interior. Tradițional, se afirmă că, la vârsta a treia, omul câștigă în „înțelepciune", fapt ce ar compensa parțial deficiențele psihice care se instalează acum (Standinger, 1995).

Schițarea de mai sus a cursului vieții nu a luat în considerare trăsăturile tipologice caracteriale. În măsura în care se acceptă că personalitatea se schimbă la vârsta adultă, se pune întrebarea dacă e vorba de schimbarea întregii personalități (Tickle, 2001) sau numai de unele aspecte ale sale? Și apoi, care aspecte se schimbă mai repede și care mai încet?

În cazul tulburărilor de personalitate, caracteristica „rigidității" susține că metamorfozele diacrone menționate se realizează doar la un nivel minimal, cel puțin în unele aspecte.

Subiectul are, pe de o parte, o identitate cu sine insuficientă sau deformată la vârsta adultului tânăr. La formarea acesteia contribuie multipli factori din cursul personogenezei și, în mod special, mediul familial (Millon, 1990). El interacționează de la început dificil cu

alţii şi persistă în acest deficit, care se manifestă în toate planurile. Faptul l-ar priva de învăţarea „vicariantă" (adică de acea învăţare care derivă din exemplul altora, din perceperea reuşitelor şi eşecurilor, suferinţelor şi bucuriilor celorlalţi), inividul asimilând exclusiv exemplele negative, cele care întreţin şi exagerează felul lor distorsionat de a fi şi de a se comporta, devenind astfel tot mai rigid şi inflexibil (Caspi, 1995 ; Dishion, 1995).

Cei cu tulburări de personalitate ar asimila şi practica cu dificultate rolurile sociale, fiind astfel frustraţi de experienţele formative pe care acestea le induc, în ceea ce priveşte atât stilul comportamental, cât şi responsabilităţile, sau manifestând preferinţă doar pentru acele roluri şi statute care menţin şi accentuează stilul lor excentric, deficitar şi disfuncţional de a se manifesta. De asemenea, din cauza rigidităţii lor comportamentale, „tranzacţionează" mai dificil cu ambianţa şi îşi construiesc mai dificil, prin propriul efort, un mediu de viaţă echilibrat. La fel, nu reuşesc să înveţe din experienţele de viaţă proprii, din cauza unei deficienţe primare de a trăi în profunzime semnificaţia evenimentelor.

Astfel, de-a lungul vieţii nu s-ar petrece îmbogăţirea în conţinut a personalităţii, metamorfoza sa diferenţiatoare „individuaţia", „înţelepciunea". Persistă în manieră rigidă un mod de a fi – de a resimţi, acţiona şi reacţiona – mai puţin diferenţiat, distorsionat. Din acest punct de vedere, rigiditatea tulburărilor de personalitate ar consta în faptul de a nu se schimba suficient de mult de-a lungul vieţii. Totuşi, rămâne de văzut dacă şi la aceste persoane există sau nu aspecte schimbătoare ale personalităţii (Standinger, 1995). Se consideră că persoanele inteligente, chiar dacă prezintă tulburări de personalitate, ar putea, cu timpul, să se modeleze, să se controleze parţial şi, în plus, să-şi creeze o personalitate secundă, relativ adaptată vieţii sociale.

Din perspectiva stilului caracterial pe care-l studiază psihologia trăsăturilor persoanei, există în prezent multe argumente privitoare

la stabilitatea acestuia la persoanele normale, în întreaga perioadă a vârstei adulte, concomitent cu menţinerea identităţii interioare cu sine. Cele mai solide argumente sunt oferite de doctrina celor cinci mari factori (FFT) studiaţi cu NEO-PI-R. O altă problemă constă în faptul că o mare parte din constanţa stilului caracterial e corelată cu constanţa ambianţei, a nişei ecologice umane, care poate fi preselectată de subiect şi autoîntreţinută de acesta. Dar se consideră că persoana normală e flexibilă şi, în diverse circumstanţe – pe termen scurt, mediu şi lung –, îşi poate reorganiza stilul de manifestare în raport cu situaţia, cerinţele, statutul şi rolul social. De exemplu, o tânără cu trăsături introvertite poate deveni extrovertită la facultate (prin angajarea de noi prieteni şi distanţa faţă de familie), apoi iar introvertită după căsătorie şi naşterea copiilor, pentru ca, reluându-şi activitatea profesională, să devină din nou extrovertită. Diverse studii arată că, în curs de 10 ani, la vârsta adultă, la femei creşte încrederea în sine şi competenţa, iar la bărbaţi creşte tendinţa la afiliere după ce devin taţi. Astfel de schimbări nu alterează identitatea psihică.

La cei cu tulburări de personalitate unul dintre aspectele „rigidităţii" ar consta în menţinerea aceluiaşi stil comportamental – care este şi dezadaptativ – de-a lungul unor lungi perioade de timp, sau chiar de-a lungul vieţii. Problema ambianţei preselectate se pune şi în aceste cazuri, ea fiind un factor de întreţinere, uneori de compensare relativă. Dependentul caută persoane şi medii autoritare care să îi menţină dependenţa ; schizoidul, medii fără solicitări interpersonale ; histrionicul, ambianţe care îl stimulează şi îl iau în considerare. Dacă manifestările disfuncţionale de tulburări de personalitate se evidenţiază în orice situaţie, predilecţia pentru anumite situaţii sau medii sociale poate fi descrisă mai ales ca o tendinţă spre compensare (Dishion, 1995). „Rigiditatea" s-ar manifesta prin faptul că individul nu se schimbă suficient în împrejurări noi, într-o nouă nişă ecologică ce pretinde noi statute şi roluri sociale. Se mai pune şi problema dacă, de-a lungul timpului, în noi împrejurări, manifestările disfuncţionale,

dezadaptative sunt de acelaşi tip, dacă se menţine aceeaşi categorie de tulburări de personalitate.

Toate cele menţionate mai sus sunt puncte de vedere ce pot fi considerate ipoteze de lucru. Într-un fel, sunt aserţiuni normative privitoare la cum se consideră a fi – aşa cum ar trebui să fie – persoana normală şi cea cu personalitate patologică. E nevoie însă şi de date care să verifice aceste ipoteze, fapt ce ridică multiple probleme metodologice.

Existenţa unor fluctuaţii circumstanţiale în trăire şi comportament nu anulează stabilitatea pentru o perioadă mai lungă de timp, dar dacă perioada de observaţie şi evaluare durează prea mult, de exemplu 10 ani, şansa de a se constata schimbări creşte. Contează şi momentul în care se face prima evaluare. Înainte de 30 de ani, personalitatea poate să nu fie încă stabilizată, atât în cazurile normale, cât şi la cei cu tulburări de personalitate. Astfel, dacă se ia ca punct de plecare, de exemplu, vârsta de 20-25 de ani, schimbările s-ar putea să fie destul de importante chiar în cazul tulburărilor de personalitate. Metoda utilizată influenţează şi ea rezultatele. Chestionarele cu valori cuprinse între 1 şi 5 nu arată mari schimbări de-a lungul timpului, pe când metodele bazate pe interviu şi aspecte narative indică mai multe schimbări ale personalităţii. E important şi ce se urmăreşte: identitatea subiectivă, trăsăturile tipologice şi caracteriale, abilităţile în relaţionarea socială, rezolvările de probleme, autocontrolul, concepţia despre lume şi sine. La tulburările de personalitate ar fi de urmărit, în primul rând, trăsăturile dezadaptative. Contează însă şi grupul investigat. Chiar dacă grupe consistente arată o stabilitate relativ suficientă, în cadrul lor unii indivizi trăiesc şi raportează modificări importante, având stabilitate redusă. Ideal ar fi ca un grup de persoane patologice să fie evaluat şi reevaluat cu aceeaşi metodologie, de către aceiaşi cercetători, după un interval mai lung de ani, ţinându-se cont de: evenimentele importante de viaţă, posibilele situaţii compensatorii, de efortul conştient de autocontrol

şi autoschimbare, de bolile psihice ce au evoluat în acest interval, de terapiile administrate, mai ales psihoterapii, căci nu este exclus ca tratamentele prelungite să poată produce ameliorări şi la cei cu tulburări de personalitate.

11.2. Stabilitatea în timp a tulburărilor de personalitate

Tulburările de personalitate sunt prezentate în continuare după Tyrer (2000), Stone (2001) şi Grilo şi McGlashan (2004).

Cea mai lungă perioadă de observaţie, de 30 ani, este cea din studiul lui Robins (1986), privitor la copiii cu tulburare de conduită, pentru care s-a căutat să se afle dacă, ulterior, au dezvoltat o TP antisocială. Studiul a fost retrospectiv-prospectiv. S-au luat în considerare caracteristicile din dosarele unor copii ţinuţi în evidenţa clinică de îndrumare a copiilor cu manifestări agresive şi tulburări de conduită. 28% dintre aceştia au dezvoltat o TP sociopată, faţă de doar 4% dintr-un grup de referinţă. Totuşi, cazuistica nu a fost urmărită după vârsta de 50 de ani, perioadă în care, după mulţi cercetători, începe reducerea caracteristicilor specifice unor astfel de tulburări de personalitate. În grupul lui Robins sunt şi 70 de fete, dintre care 20 au dezvoltat o tulburare de personalitate de tip histrionic sau de tip borderline după vârsta de 30 de ani. Criteriile de evaluare a tulburărilor de personalitate nu au fost însă foarte precise şi nu s-au folosit instrumente standardizate.

Din clusterul B, cel mai mult a fost studiată în perspectivă developmentală TP de tip borderline. Pope *et al.* (1983) examinează rezultatul la 33 de pacienţi cu TP de tip borderline la 4-7 ani după contactul iniţial avut în spital. S-a utilizat ca instrument DIB (Gunderson *et al.*, 1981). Din lot, doi pacienţi au murit prin suicid, iar dintre ceilalţi 31 de pacienţi, 27 au fost intervievaţi telefonic. 13

aveau la început o tulburare de personalitate pură, iar dintre aceştia, la control, 10 aveau o tulburare de personalitate definită sau posibilă, de tip histrionic, narcisic sau antisocial. 14 aveau la început, pe lângă TP de tip borderline, şi episod depresiv. Dintre aceştia, trei nu aveau un diagnostic psihiatric, iar opt aveau o tulburare de personalitate definită sau posibilă. Şase au prezentat un alt tip de tulburare de personalitate, cei mai mulţi, din categoria histrionică.

Un alt studiu important este „Chestnut Lodge Follow-up Study" pe care l-a realizat McGlashan (1984). E vorba de un spital în care se internau, de obicei, pacienţi cu afecţiuni grave, dar şi cazuri cu TP de tip borderline sau TP schizotipală. Pacienţii au fost urmăriţi pe o perioadă cuprinsă între 4 şi 20 de ani după internarea în spital, majoritatea prin telefon. Deoarece, cu ocazia interviurilor, nu s-a pus în mod formal un diagnostic de tulburare de personalitate, pentru a evalua personalitatea în raport cu DSM-III s-a folosit o tehnică standardizată retrospectivă. McGlashan ajunge la concluzia că cei cu TP de tip borderline au, din punct de vedere evolutiv, un rezultat mai bun decât cei cu schizofrenie şi tulburări afective. După nouă ani de la internare, se constată o anumită ameliorare a celor cu TP de tip borderline, dar nu importantă. După 19 ani, ameliorarea e mai evidentă. Studiul a fost însă retrospectiv. McGlashan (1986) a studiat şi evoluţia a 119 cazuri diagnosticate retrospectiv cu TP schizotipală. Autorul ajunge la concluzia că 55% din cazuri dezvoltă ulterior schizofrenie.

Stone *et al.* (1987) examinează evoluţia TP de tip borderline după o perioadă de 20 de ani şi relevă rezultate variate, de la persoane cu înalte poziţii sociale până la altele ce s-au sinucis sau care continuă să aibă serioase probleme de comportament. În mod paradoxal, persoanele ce aveau şi tulburări comorbide pe Axa I au evoluat mai bine.

Un studiu sistematic este cel realizat de Tyrer prin „Nottingham Study of Neurotic Disorder", cu PAS (Tyrer, 2000). Au fost evaluaţi 198 de pacienţi cu tulburări anxioase, atacuri de panică şi distimie.

La 75 de cazuri s-a identificat o tulburare de personalitate, iar la 39, dificultăţi de personalitate. După 12 ani, aceşti pacienţi au fost evaluaţi din nou cu acelaşi instrument de către acelaşi cercetător. Pacienţii aveau vârsta medie de 45 de ani. S-au constatat unele modificări evolutive. Clusterul B, caracterizat prin impulsivitate, agresivitate, iresponsabilitate, a indicat o semnificativă reducere a acestor manifestări, dar labilitatea nu s-a modificat. Multe dintre trăsăturile clusterului C – pesimism, neajutorare, hipocondrie, dependenţă – nu s-au schimbat, iar unele au apărut chiar mai accentuate – anxietatea, vulnerabilitatea, conştiinciozitatea. În clusterul A, o serie de aspecte s-au accentuat (suspiciunea, introspecţia, excentricitatea). În ansamblu, anxietatea şi obsesionalitatea par a nu se ameliora cu vârsta. S-a mai avansat ideea că tulburarea de personalitate ar putea fi divizată într-un grup matur şi altul imatur, ultimul ameliorându-se cu timpul.

Studiile clasice sunt grevate de o serie de probleme metodologice, cărora nu li se acorda o importanţă la fel de mare ca în prezent. Pentru studierea dinamicii în timp, e deosebit de importantă evaluarea iniţială. La fel ca în cazul studiilor epidemiologice, are importanţă din ce mediu au fost selectate cazurile, la ce vârstă, cu ce instrument au fost evaluate, ce criterii de diagnostic s-au avut în vedere. Selectarea cazurilor doar din mediul clinic, cu ocazia unor episoade psihopatologice, reprezintă o preselecţie; la fel şi pentru cazurile selectate din mediul infracţional. La reevaluare contează intervalul de timp şi, de asemenea, instrumentul şi criteriile folosite. Ar fi important să se evidenţieze nu doar trăsăturile de personalitate, ci şi realizările de viaţă, eşecurile, conflictele, adaptarea şi dezadaptarea, mediul în care subiectul a evoluat, variatele domenii de funcţionare. Aceste aspecte care reflectă bilanţul evolutiv sunt doar parţial reflectate chiar şi pentru instrumentele actuale de diagnostic. Multe cazuri nu pot fi reevaluate din cauza unor maladii grave sau a decesului. Se ştie că rata sinuciderilor şi a accidentelor grave e mai mare la cei cu

tulburări de personalitate, la fel ca şi numărul evenimentelor de viaţă. Numărul mare de sinucideri s-ar putea datora şi episoadelor afective intercurente (Tyrer, 2000). Apariţia în intervalul dintre evaluări a unor episoade psihopatologice poate avea, în principiu, un efect negativ, prin sechelele pe care le lasă, dar şi un efect pozitiv, prin faptul că persoana e cuprinsă în tratament, la fel cum existenţa unei tulburări în perioada celor două evaluări poate distorsiona imaginea personalităţii ; la fel şi în cazul prezenţei unei tulburări psihice în momentul reevaluării.

După 1980, s-au pus la punct o serie de instrumente standardizate de diagnostic al tulburărilor de personalitate şi s-au înmulţit studiile, tot mai riguroase, privitoare la stabilitatea în timp a tulburărilor de personalitate, la eventuala schimbare sau rezistenţă la schimbare. O serie de observaţii au sugerat că modelul developmental al tulburărilor de personalitate se poate susţine, în linii generale, chiar în cadrul unor interpretări psihanalitice (Vaillant, 1987 ; Drake, 1988 ; Crawford, 2001 ; Abraham, 2001). Stilul de coping pare a influenţa evoluţia tulburărilor de personalitate (Vollrath, 1995). De-a lungul unei perioade mai îndelungate de timp – cinci sau mai mulţi ani – stabilitatea tipului de tulburare se menţine doar la aproximativ 50% din cazuri, în perspectivă categorială. Acest atribut pare a fi ceva mai bine reprezentat în perspectivă dimensională (McDavid, 1996). De-a lungul timpului, mai ales după 50 de ani, TP antisocială, dar mai ales TP de tip borderline tind să se amelioreze. Existenţa unei tulburări pe Axa I care este tratată cu grijă poate ameliora şi tulburările corespunzătoare Axei II.

O constatare generală a multor metaanalize (făcută în jurul anului 2000) este aceea că tulburările de personalitate sunt doar relativ stabile în timp, putând fi influenţate de mulţi factori. S-a făcut observaţia că nu e corect să se tragă concluzii doar pornind de la cazurile cele mai grave şi rezistente la orice influenţe, cum sunt unii psihopaţi maligni (Stone, 2001). În îngrijirea celor cu tulburări de personalitate, e important ca aceştia să fie sprijiniţi nu doar să-şi

schimbe trăsăturile, ci şi să le folosească adecvat, uneori pentru a-şi selecta o ambianţă favorabilă (Paris, 2003).

11.3. Studii recente

Studiile recente ţin cont şi de faptul că sunt mai semnificative evaluările repetate făcute la anumite intervale variate de timp, desigur, de aceeaşi echipă şi cu aceeaşi metodologie. O singură reevaluare poate fi nesemnificativă, deoarece poate surprinde subiectul într-o situaţie sau perioadă de viaţă deosebită.

- The Longitudinal Study of Personality Disorders (Lenzeweger, 1997 ; 1999) a inclus 250 de participanţi de la Cornell University pe o perioadă de patru ani. A utilizat instrumentul lui Loranger şi cel de autoevaluare elaborat de Millon (MCMI-II). 129 de subiecţi au îndeplinit criteriile pentru cel puţin o categorie de tulburare de personalitate, iar 121, nu. Coeficientul de stabilitate a tuturor cazurilor de tulburare de personalitate a fost între 0,61 şi 0,70. Clusterul B a avut cea mai mare stabilitate, iar clusterul C, cea mai mică.
- The McLeary Study of Adult Development (Zanarini *et al.*, 2003) studiază evolutiv persoane care au fost internate. Sunt luaţi în studiu 362 de pacienţi, dintre care 290 cu TP de tip borderline. Reevaluările au avut loc din doi în doi ani. S-au evaluat şi eventualele tulburări psihice de pe Axa I – funcţionarea psihosocială. Primele evaluări raportează ameliorări în cazul TP de tip borderline.
- The Colaborative Longitudinal Personality Disorders Study – CLPS – (Gunderson *et al.*, 2000 ; McGlashan *et al.*, 2000) e un studiu prospectiv longitudinal, ce evaluează patru tulburări de personalitate diagnosticate după DSM-IV (1994) : TP schizotipală, de tip borderline, evitantă şi obsesiv-compulsivă. Ca şi grup de

comparaţie s-au folosit pacienţi cu tulburare depresivă monopolară recurentă (MPD). Tulburările de personalitate sunt studiate şi categorial, şi dimensional, cu evaluări după 12 şi 24 de luni. Deşi se constată că tulburările de personalitate sunt mai stabile decât MPD, un număr important dintre acestea apar ca având o „remisiune" după 24 de luni. Ipoteza e că tulburările de personalitate integrează o combinaţie hibridă de trăsături şi comportamente, iar interacţiunea dintre acestea ar sta la baza variaţiilor temporale. Se apreciază că, dacă tulburările de personalitate sunt abordate dimensional, gradul de stabilitate e substanţial.

În sfârşit, în ceea ce priveşte stabilitatea în timp a tulburărilor de personalitate, mai trebuie să se ţină cont de faptul că, până de curând, tratamentul acestora era rar şi fără multe mijloace (Tyrer, 2000; Paris, 2003). Amplificarea preocupărilor pentru tratamentul medicamentos şi, mai ales, pentru cel psihoterapeutic ar putea aduce importante clasificări privitoare la înţelegerea constanţei şi a rezistenţei tulburărilor de personalitate la schimbare. Faptul că, în prezent, se aplică multe tehnici de terapie şi îngrijire pe termen lung, că există şi cadre instituţionale ce se ocupă special de tratamentul prelungit al tulburărilor de personalitate ar putea modifica, în mare măsură, „definiţia" actuală a tulburărilor de personalitate, prin care se consideră că acestea sunt de durată (*enduring*) şi nemodificabile în timp. Bilanţul se va putea face doar în viitor.

Capitolul 12

Tratamentul psihoterapeutic şi medical al tulburărilor de personalitate

12.1. Repere generice

Atributele de stabilitate şi irecuperabilitate care sunt constant ataşate domeniului personalităţilor patologice reprezintă ele însele o provocare pentru orice tentativă terapeutică şi reabilitativă. Aceasta este în mod direct condiţionată de calitatea demersului diagnostic care, actualmente, are o dinamică particulară ce integrează, alături de stările comorbide, principalele repere demografice şi biografice.

Abordarea terapeutică a tulburărilor de personalitate a devenit un obiectiv major al psihiatriei clinice, corespunzător introducerii, în 1970, în DSM-III a celor două axe diagnostice şi recunoaşterii importanţei intercondiţionărilor reciproce dintre diversitatea tulburărilor psihopatologice şi structurările dizarmonice ale personalităţii.

Aşa după cum susţin Shea (1990), Van Velzen şi Emmelkamd (1996) şi Dreesen (1997), intervenţiile psihoterapeutice în cazul depresiilor, fobiilor sociale şi tulburărilor instinctului alimentar, respectiv al atacurilor de panică, agorafobiei şi bolii obsesiv-compulsive nu sunt, în mod constant, defavorizate de prezenţa unei personalităţi patologice diagnosticate pe Axa II. Acestea din urmă

pot deveni – în sens dimensional – cofactori terapeutici optimizanţi pentru bolile Axei I, deşi existenţa lor este developată de câteva particularităţi ale relaţiei terapeutice. Ea este influenţată, după Beck (1990) şi Young (1994), de persistenţa manifestărilor psiho-comportamentale pe care pacientul nu le conştientizează şi le descrie deformat, fiind simultan convins că felul său de a fi nu se mai poate modifica. Comunicarea cu pacientul este afectată de insistenţa cu care aceasta descrie problemele interpersonale, dar şi de inconsecvenţa şi superficialitatea discursului. Acesta confirmă deficitul motivaţional şi incapacitatea personalităţilor patologice de a-şi comunica gândurile şi trăirile subiective. Complianţa terapeutică are mereu de suferit, iar progresele sunt pe termen scurt, semnificaţiile lor pierzându-se în sentimentele de incompletitudine şi ineficienţă ale terapeuţilor. Cu toate acestea, abordării terapeutice a tulburărilor de personalitate i se acordă o atenţie particulară în ultimii ani, toate programele testate fiind de dată recentă. Ele se adresează decompensărilor personalităţilor patologice, corespunzătoare unor evenimente sau situaţii critice, manifestărilor unor episoade maladive de pe Axa I, instalate pe un teren personopat, sau chiar dominantelor dimensionale ale structurărilor dizarmonice.

Scopurile strategiilor terapeutice adaptabile tulburărilor de personalitate pot fi formulate cu o acurateţe sporită atunci când simptomele psihopatologice asociate nu au rădăcini personologice, când pacientul îşi manifestă adeziunea la demersul reabilitativ sau când sunt bine conservate abilităţile realaţionale şi cele de integrare în rolurile sociale. Aceste condiţii sunt inconstante sau parţial prezente în patologia personalităţii.

Pe de altă parte, intervenţiile terapeutice în domeniu trebuie să ţină cont de faptul că simptomele şi trăsăturile sunt mereu dificil de diferenţiat, iar dimensiunile personalităţii normale se regăsesc – mai intens exprimate – la personalităţile cu trăsături accentuate sau la cele patologice. Pot fi considerate ca excepţii de la această opinie

personalităţile schizotipală, paranoică, de tip borderline şi, uneori, narcisică şi isterică, acestea fiind diferite corespunzător atributelor structurale şi integrative ale eului. Aceasta generează abilităţi şi strategii particulare de prelucrare a experienţelor de viaţă şi de adaptare la realitatea obiectivă.

În acelaşi context se situează şi calitatea informaţiilor obţinute de la aparţinători şi de la ceilalţi membrii ai comunităţii de apartenenţă, care condiţionează adeseori şi internarea pacienţilor cu tulburări de personalitate. Această contribuţie devine de o importanţă particulară atunci când simptomele comorbide sunt ambiguu exprimate sau când tulburările de comportament sunt mascate de atributele rolurilor sociale şi profesionale.

Cea mai simplă şi, în aceeaşi măsură, pertinentă modalitate de abordare terapeutică a tulburărilor de personalitate integrează tehnicile psiho-socio-terapeutice şi psihofarmacoterapiile. Primele au o mare diversitate şi datorită unei structurări progresive în cadrul intervenţiilor adresate TP antisociale şi de tip borderline (Leichsenring şi Leibing, 2003 ; Perry şi Bond, 2000).

Eficienţa psihosocioterapiilor a fost verificată în cea mai mare măsură în cazul tulburărilor de personalitate de cluster C – cu precădere la personalităţile evitante şi dependente, ale căror atribute structurale dominante favorizează complianţa relaţiei terapeutice. Particularităţile patologice de cluster A au beneficiat de cele mai puţine observaţii în acest sens.

În genere, diversele metode psihoterapeutice vizează remedierea disconfortului subiectiv, a comportamentului maladaptativ, a raporturilor interpersonale şi stimularea tonusului şi motilităţii psihismului (Gunderson şi Gabbard, 1999 ; Gabbard *et al.*, 2002). Astfel, manifestările paroxistice şi situaţiile de criză sunt abordate în instituţii spitaliceşti, tulburările adaptative şi relaţionale, în unităţi semiambulatorii, iar psihoterapiile suportiv-stimulative beneficiază de reţeaua psihiatrică ambulatorie şi de unităţile cu programe reabilitative pe termen lung (Gunderson, 2001).

Orice intervenţie psihoterapeutică în cazul tulburărilor de personalitate reprezintă un demers complex şi dificil, din cauza deficitului de conştientizare a problematicii generatoare de suferinţă sau disconfort relaţional de către pacient. Acelaşi rol îl au şi atribute precum lipsa de încredere, sugestibilitatea excesivă, hiperemotivitatea sau tendinţa terapeutului de a monopoliza dialogul cu persoana.

12.2. Psihoterapiile în tulburările de personalitate

Pornind de la consideraţiile amintite, putem descrie următoarele variante psihoterapeutice aplicabile domeniului de referinţă.

Psihoterapiile suportive – vizează crearea unei atmosfere protective, în care pacientul să fie stimulat să îi expună terapeutului conţinuturile ideo-afective. Pacientul trebuie să se obişnuiască progresiv cu dialogul şi apoi să participe sincer şi în mod interactiv la desfăşurarea lui. Pentru menţinerea acestei stări de anxietate sau nelinişte „optimă", terapeutul este obligat să definească de la început limitele temporale ale şedinţelor, scopurile lor dominante şi să adopte o atitudine obiectivă şi binevoitoare (Appelbaum, 1994).

Suportul psihoterapeutic integrează o diversitate de metode accesibile psihoterapeutului, care vizează confortul afectiv şi intelectual al pacientului (Havens, 1989). Sunt descrise, în acest cadru, armonia mediului fizic (care presupune inclusiv ignorarea oricărui apel telefonic), descrierea de către terapeut a utilităţii şi limitelor şedinţelor, acordul membrilor familiei pacientului, evitarea interogării acestuia şi încercarea de a răspunde la întrebările sale în mod necondiţionat. Ţinând cont de rigiditatea şi, uneori, de ermetismul discursului pacienţilor cu tulburări de personalitate, terapeutul va evita confruntările de opinie şi interpretările unilaterale ale evenimentelor biografice abordate. Trebuiesc, de asemenea, cultivate atributele

pozitive şi realizările pacientului, indiferent de calitatea de ansamblu a rolului existenţial. Sunt evitate astfel „mini-sfârşiturile" dialogului terapeutic şi apariţia rezistenţei (Racker, 1968; Schlesinger, 2005).

Personalităţile patologice de cluster A pot beneficia de psihoterapii suportive atunci când afişează atitudini reţinute şi indiferenţă mai mult aparentă (în cazul tipurilor schizoid şi schizotipal) sau când asociază depresia la personalităţile paranoice (Gabbard, 2000).

Dintre personalităţile de cluster B – în condiţiile stabilităţii în timp a terapiei –, se pretează la tehnici suportive TP de tip borderline şi TP histrionică, dar nu şi TP narcisică şi TP antisocială (Kernberg *et al.*, 1989; Blum, 1973).

Personalităţile patologice de cluster C – evitantă, dependentă şi obsesiv-compulsivă – pot fi abordate prin tehnici suportive cu o confirmată eficienţă, în condiţiile asocierii unor intervenţii cognitiv-comportamentale, a anticipării unor expectaţii inaparente, respectiv a acurateţei diagnostice, potenţial influenţabilă de prezenţa unor simptome aparţinând tulburării obsesiv-compulsive (Kagan *et al.*, 1988; Gabbard, 2000).

Psihoterapiile suportive de sorginte psihanalitică se află încă în căutarea propriei identităţi, ele fiind utile cu precădere în perioada imediat următoare formulării diagnosticului de tulburare de personalitate.

Psihoterapiile psihanalitice clasice. În sens conceptual, psihanaliza contemporană se adresează cu precădere caracterului, adică acelei componente a personalităţii care se raportează la experienţele biografice traumatizante filtrate şi imaginativ, la relaţiile interpersonale şi la mediul cultural (Gabbard, 2000).

Trăsăturile caracteriale reprezintă, conform modelului psihobiologic al lui Cloninger (1993), 50% dintre atributele structurale ale personalităţii, condiţionează în cea mai mare măsură subtipurile personologice patologice, dar, simultan, sunt mai maleabile şi deci mai

accesibile intervenţiilor psihoterapeutice. Blatt şi Ford (1994) descriu, din perspectivă psihanalitică, cinci mari componente ale personalităţii: temperamentul fundamentat biologic, un set de relaţii obiectuale internalizate, conştiinţa propriei identităţi, o constelaţie specifică de mecanisme defensive şi un stil cognitiv personal. Cele două repere care marchează ontogeneza personalităţii şi se intercondiţionează reciproc sunt calitatea de ansamblu a eului şi aceea a relaţiilor interpersonale. Pornind de la acest binom, aceiaşi autori descriu două subgrupuri caracteriale patologice. Primul este tipul introspectiv, centrat pe autodezvoltare şi autodefinire, care este, în acelaşi timp, autocritic, perfecţionist şi competitiv. Cel de-al doilea – extrovertit – cultivă şi promovează raporturile cu cei din jur, fiind doritor de îngrijire, protecţie şi dragoste.

Tot în plan conceptual, trăsăturile caracteriale sunt expresia unor dorinţe şi nevoi inconştiente şi a relaţiilor obiectuale internalizate. Ele se manifestă în cazul tulburărilor de personalitate prin comportamentul dizarmonic instabil, egocentric, non-empatic sau iresponsabil, fundamentat pe asocierea alienantă dintre nevoia de a fi protejat şi internalizarea unei relaţii parentale obsesive sau pe alte raporturi de aceeaşi factură. Atributele de persistenţă şi specificitate individuală ale comportamentului personalităţilor patologice sunt legate de faptul că el reprezintă expresia unor variante relaţionale repetate frecvent şi fixate cognitiv în trecutul personal (Westen, Gabbard, 2002).

Mecanismele defensive individuale nu schimbă legătura dintre conţinuturile ideatorii şi cele afective, ci influenţează şi raporturile dintre eu şi obiect. Ca urmare, ele se regăsesc integrate capacităţilor relaţionale ale individului (Vaillant *et al.*, 1999).

Şi în cazul tulburărilor de personalitate, stilul cognitiv personal este strâns conectat mecanismelor defensive. Astfel, rigoarea şi lipsa de flexibilitate ideatorie sunt întreţinute şi de rolul specific de control asupra trăirilor afective (Shapiro, 1985).

Psihoterapeuţii psihanalişti moderni apelează şi în cazul tulburărilor de personalitate la 4-5 şedinţe săptămânale cu durata de 40-50 de minute, în cadrul cărora este aplicată metoda asociaţiilor libere, conform căreia pacientul este lăsat să-şi expună conţinuturi ale psihismului fără a respecta vreo regulă sau vreo idee dominantă. Pentru a diminua anxietatea inerentă a pacientului, terapeutul trebuie să adopte o atitudine de maximă elasticitate şi să se antreneze în mod elaborat în dialog şi numai dacă acest lucru devine necesar (Sandler, 1981). Se evită astfel apariţia rezistenţei la terapie şi se nuanţează fenomenele de transfer şi contratransfer, deschizându-se calea interpretării celor expuse. Se vizează formularea unei opinii – acceptată de cei doi parteneri de dialog – care să conţină mesajele subconştientului şi inconştientului individual.

Există terapii psihodinamice de scurtă durată (Anderson şi Lambert, 1995) şi psihoterapii de lungă durată (Leichsenring şi Leibing, 2003), a căror eficienţă este confirmată clinic, dar nu şi statistic.

Criteriile de includere a pacienţilor depind de diagnostic şi de atributele psihologice dominante, lipsa de concordanţă dintre ele devenind o contraindicaţie majoră a curei psihanalitice. Alte contraindicaţii sunt, după Gabbard (2004) şi Fonagy (2001) următoarele: situaţiile de criză existenţială, capacităţile scăzute de testare a realităţii, de autoevaluare şi de control al impulsurilor, toleranţa scăzută la frustrare, deficitul cognitiv cu substrat organic cerebral, capacitatea redusă de abstractizare, dar şi nivelul ridicat de pragmatism şi de preferinţă pentru concret.

Experienţa clinică arată că personalităţile patologice de cluster A nu răspund la tehnicile psihanalitice, exceptând tipul schizoid, care însă este tentat să renunţe relativ rapid sau să crească progresiv durata pauzelor dintre întâlnirile terapeutice. De asemenea, curele psihanalitice sunt dificil de iniţiat la personalităţile patologice de cluster B. Totuşi, empatia manifestă a terapeutului şi evitarea fenomenelor de contratransfer – în cazul personalităţii narcisice –,

precum şi evitarea intimităţii şi promovarea unui discurs realist – în cazul personalităţii isterice – le fac pe acesta accesibile metodelor (Kohut, 1984; Kernberg, 1974; Kernberg, 1974; Horowitz, 1977).

Dintre personalităţile de cluster C, cea obsesiv-compulsivă reprezintă tipul cel mai potrivit pentru abordarea psihanalitică. Sunt importante calitatea interpretării presiunilor supraeului pacientului şi cultivarea autocontrolului în relaţiile interpersonale. Personalităţile de tip evitant şi dependent pot beneficia de tehnicile psihanalitice în condiţiile asocierii altor terapii – cum sunt cele cognitiv-comportamentale şi ale medicaţiei SSRI. Sunt decisive cultivarea încrederii în metodă, dar şi evitarea idealizării terapeutului (Gabbard, 2000; Perry, 1995).

În ansamblu, despre tulburările de personalitate – deşi au fost evaluate prin metode psihometrice foarte sofisticate în timpul curei psihanalitice (Kantrowitz, 1987) – nu se poate afirma că răspund favorabil metodei de referinţă.

Psihoterapiile psihodinamice au fost iniţial aplicate în abordarea tulburărilor de comportament (Luborsky, 1984; Strupp şi Binder, 1984), ulterior fiind extinse la personalităţile patologice considerate severe (Clarkin, 1999; Bateman şi Fonagy, 2003). Perspectiva psihodinamică se distinge prin apelul la semnificaţiile conştiente şi inconştiente ale experienţelor de viaţă individuale, despre care se consideră că sunt fundamentate biologic, dar şi social şi cultural. Interpretările psihodinamice pornesc tot de la conţinuturile inconştientului şi de la experienţele existenţiale precoce pe care le consideră decisive în modelarea personalităţii şi în amprentarea calitativă a biografiei personale.

Din perspectiva eului (Freud, 1923), sunt de luat în considerare acele funcţii psihologice şi mecanisme de apărare care asigură adaptarea la stimulii mediului. Tulburările caracteriale, exprimate prin autocontrol deficitar, manifestări impulsive neelaborate şi

distorsiuni emoţionale, sunt rezultatul apelului la mecanisme defensive maladaptative, ca reprimarea sau identificarea proiectivă. În acelaşi cadru, patologia sinelui (Kohut, 1977; Kohut, 1984; Ornstein, 1998) este centrată pe raportul dintre coeziunea şi vitalitatea, respectiv slăbiciunea şi fragmentarea acestui pol structural individual. Primele două atribute sunt favorizate de calitatea şi cantitatea relaţiilor interpersonale. Buie şi Adler (1982) integrează acest model al sinelui psihologic abordării specifice a TP de tip borderline. În acest sens, se consideră că structurarea dizarmonică a personalităţii, dar şi alte condiţii psihopatologice de Axă I sunt favorizate de deficienţele îngrijirii şi educaţiei din perioada infantilă, care împiedică internalizarea imaginii părintelui ideal şi structurarea sentimentului stimei de sine.

Un alt model psihodinamic este centrat pe relaţiile obiectuale. Ele integrează reprezentări particulare ale sinelui şi ale comportamentelor lumii exterioare (Fairbairn, 1954; Klein, 1946; 1975; Kernberg, 1995). Aceste raporturi sau „diade" devin unităţile componente ale structurii psihologice, în cadrul căreia se diferenţiază şi sunt integrate progresiv. Personalitatea matură coalizează acele reprezentări care mediază, la rândul lor, diferenţierea şi raportul dintre bine şi rău, dintre nesiguranţă şi toleranţă, dintre sine şi lume. Kernberg (1984) distinge trei niveluri de organizare a personalităţii: de tip borderline, nevrotic şi psihotic. Primul se foloseşte de mecanisme defensive primitive şi integrează cele mai simple reprezentări ale sinelui şi ale celor din jur, aşa cum se întâmplă în cazul personalităţilor patologice de cluster A, B şi al TP dependentă, dar şi al celor afective, deci al majorităţii tulburărilor de personalitate.

Având ca punct de plecare conceptul de relaţie obiectuală, s-a dezvoltat şi teoria ataşamentului (Bowlby, 1969; 1973; 1980). Ea este totuşi dominată nu de pulsiunile şi fanteziile sexuale sau agresive, ci de legăturile afective apărute prin relaţionarea interpersonală. Viaţa personală este dirijată de un model dinamic intern, care este

rezultanta dezvoltării progresive a capacităţilor de ataşament (Bretherton, 1987). Acest *internal working model* ghidează relaţiile interpersonale şi reglează răspunsurile emoţionale. Disfuncţionalitatea lui este privită drept consecinţă a unui ataşament deficitar şi caracterizează majoritatea tulburărilor de personalitate, cu precădere structurările de tip borderline (Fonagy *et al.*, 1995; Gunderson, 1996; Levy şi Blatt, 1999).

Dintre tehnicile psihoterapeutice de factură psihodinamică, cea mai utilizată este tehnica expresiv-suportivă (Luborsky, 1984; Gabbard, 2000). Ea integrează o serie de subvariante, având ca extreme pe cea expresivă, în care terapeutul îşi conservă neutralitatea şi apelează la interpretări, respectiv pe cea suportivă, care se adresează mecanismelor defensive ale pacientului, privite ca părţi integrante ale eului. Gabbard propune un continuum terapeutic expresiv-suportiv cu următoarea succesiune de etape:

interpretare → confruntare → clasificare → încurajarea elaborărilor → validare empatică → consiliere şi stimulare laudativă → afirmare.

Această variantă psihoterapeutică favorizează schimbarea în bine prin creşterea capacităţii de înţelegere a pacientului aferentă interpretărilor şi prin experienţa unui nou tip de rol în cadrul relaţiei cu terapeutul.

Varianta corespunzătoare psihologiei sinelui este centrată pe afirmarea empatiei, care va activa potenţialul individual latent, întreţinută fiind de relaţia de transfer sine-obiect (Ornstein, 1998). Terapeutul nu apelează la interpretări, ci empatizează cu atitudinile defensive ale pacientului, sprijinindu-l în încercările de menţinere a coeziunii interioare. Prin vizarea repetitivă, astfel facilitată, a răspunsurilor sine-obiect, pacientul devine capabil să se adapteze, şi în afara relaţiei terapeutice, la problematica existenţială.

Dintre *terapiile derivate din modelul relaţiei obiectuale* (Strup, 1984; Gabbard, 2000), psihoterapia centrată pe transfer este varianta cea mai răspândită (Kernberg, 1989; Clarkin *et al.*, 1999; Koenigsberg, 2000; Yeomans *et al.*, 2002). Metoda apelează la o relaţie explicită, cu tehnici foarte bine structurate şi cu scopuri ierarhizate şi net delimitate. Sunt fundamentale clasificarea dominantelor afective ale pacientului şi definirea tuturor contradicţiilor şi nepotrivirilor din limbajul şi comportamentul acestuia. Ele sunt expresia procesului de difuziune, de dezorganizare şi lipsă de coerenţă interioară. Conştientizarea lor şi reprimarea fenomenelor de proiecţie asupra celor din jur cu ajutorul terapeutului favorizează refacerea unităţii şi autenticităţii personale. Sunt abordate elaborat capacitatea de autocontrol, percepţia de sine, relaţiile interpersonale şi randamentul în profesie, ale căror particularităţi sunt interpretate şi adaptate pentru perioada imediat următoare contactului sau raportului terapeutic.

Bateman şi Fonagy (2003) descriu reperele dominante ale *tehnicilor psihodinamice derivate din teoria ataşamentului*, aplicabile cu precădere la tulburările de personalitate de cluster C. Scopul major îl reprezintă stabilizarea structurii sinelui prin dezvoltarea unor reprezentări coerente şi a abilităţii de a stabili relaţii interpersonale securizante. Terapeutul trebuie să devină cât mai repede – în mod tranzitor, desigur – principalul element protectiv care, simultan, să stimuleze capacitatea pacientului de a prelucra şi înţelege progresiv trăirile afective intense care-l caracterizează. Pacientul este ajutat să conştientizeze faptul că este acceptat şi înţeles – în sens intelectual – de către terapeut, care însă îşi păstrează neutralitatea afectivă, aşa cum se întâmplă, iniţial, în orice raport interpersonal din viaţa cotidiană. Sunt prevenite şi pe această cale reacţiile autodistructive care perturbă structura eului, dar şi calitatea şi durata relaţiei terapeutice.

Psihoterapiile cognitive sunt fundamentate pe modelul cognitiv al tulburărilor de personalitate, elaborat de Beck *et al.* (1990). Conform acestuia, trăsăturile personalităţii reprezintă expresia unor strategii adaptative care se adresează nevoilor de supravieţuire şi reproducere, fiind condiţionate genetic şi ambiental. Prin procesul

selecţiei naturale se realizează, în timp, un raport coerent între aceste strategii şi condiţiile mediului. Atunci când acestea din urmă sunt nefavorabile, în sensul instabilităţii lor sau al unei intensităţi supraliminare, se dezvoltă dimensiuni cognitiv-afective şi motivaţional-comportamentale care definesc personalităţile patologice. Aceste dimensiuni interrelaţionează şi sunt supra- sau subdezvoltate, în sens cantitativ, rămânând însă centrate pe structurile cognitive care integrează seturile de reguli ce guvernează procesarea informaţiilor.

În cazul tulburărilor de personalitate, aceste structuri cognitive sunt maladaptative, deoarece conduc la interpretări eronate ale realităţii înconjurătoare. Astfel, în cazul tulburărilor de personalitate de cluster B sunt descrise convingeri de genul „Fiind slab şi vulnerabil, eu sunt în mod necondiţionat neacceptat de către lumea din jur, care este răuvoitoare şi periculoasă". Aceste distorsiuni cognitive duc la interpretări şi, ca urmare, la trăiri afective şi atitudini extreme în raport cu evenimentele vieţii. Beck *et al.* (1990) sugerează şi prezenţa unui deficit al autocontrolului la personalităţile patologice, care favorizează manifestările impulsive sau, dimpotrivă, o exagerată inhibiţie.

Tot din perspectiva teoriei cognitive, Young (1999 ; 2003) introduce conceptul de *structură maladaptativă precoce*. El integrează experienţele maladaptative negative perceptuale, afective sau cognitive, trăite într-un mod repetat uneori – în copilărie şi adolescenţă –, care, sub influenţele mediului, percepute ca similare celor anterioare, favorizează emoţii negative intense, precum frica, furia, ruşinea sau ura. Acestea afectează constant abilităţile relaţionale şi adaptative, din cauza efectului lor cumulativ în timp şi corespunzător faptului că au valoarea unor adevăruri indubitabile, de necontestat pentru individ.

Terapiile cognitive care asociază şi tehnici comportamentale presupun existenţa unei complianţe terapeutice semnificative şi, în mod tradiţional, apelează la şedinţe de scurtă durată, orientate spre

diminuarea intensităţii manifestărilor şi cultivarea abilităţilor adaptative în principalele roluri existenţiale. Ele sunt aplicate şi în diverse condiţii maladive corespunzătoare Axei I, precum tulburările afective, cele de control al impulsurilor, tulburările somatoforme, şi în abuzul de substanţe psihoactive. Eficienţa lor este inconstantă şi parţială, astfel că, în depresii, deşi rata efectelor pozitive este peste 60% imediat după aplicarea intervenţiei, ea scade la jumătate după un an de zile (Young *et al.*, 2001). Prezenţa unor tulburări de personalitate de pe Axa II diagnostică scade, în mod evident, aplicabilitatea şi eficienţa tehnicilor cognitive, din cauza deficitului volitiv, motivaţional şi relaţional, rigidităţii sau instabilităţii cognitive şi afective şi, nu în ultimul rând, a ambiguităţii discursului pacientului, a cărui problematică pare vagă, inaparentă şi stabilizată în timp.

În acelaşi context, Ryle (1997a ; 1997b), pornind de la particularităţile dominante ale personalităţii de tip borderline – instabilitatea imaginii de sine, subdezvoltarea vocabularului emoţional, impulsivitatea şi stările disociative recurente –, recomandă *intervenţii cognitiv-analitice*, după o experienţă personală pe un lot de 30 de subiecţi. Acestă tehnică presupune aflarea de către psihoterapeut a celor mai importante experienţe existenţiale şi a diversităţii relaţiilor interpersonale ale pacientului. Sunt cultivate fenomenele de contratransfer în vederea stabilirii unei alianţe terapeutice. Prin identificarea trăirilor pacientului şi a manifestărilor comportamentale corespondente, terapeutul îl va stimula în conştientizarea şi reproducerea lor coerentă, diminuând tendinţele disociative.

Un rol semnificativ tinde să aibă astăzi *tehnica cognitiv-analitică* dezvoltată de Young şi colaboratorii săi, care constă în identificarea şi modificarea structurilor maladaptative precoce şi a devianţelor comportamentale persistente aferente lor. Şi în acest caz, stabilirea unei complexe alianţe terapeutice este decisivă. Ea se bazează pe o confruntare empatică, în care terapeutul acceptă şi comentează abilităţile adaptative ale pacientului, şi pe o atitudine de factură

parentală a terapeutului, care se substituie parţial unui părinte absent, atunci când este cazul. Pornind de la trei dintre modalităţile adaptative ale copilului, care este copleşit de intensitatea evenimentului existenţial, îl evită sau reacţionează supracompensator, terapeutul va încerca să le conecteze la nivelul de extroversiune şi activism personal, deci la dominantele personologice. Se vizează modificarea acestora din urmă, astfel încât pacientul să-şi schimbe convingerile autodevalorizante şi cele despre lume.

Tehnicile cognitive propriu-zise aplicate tulburărilor de personalitate vizează, ca şi cele adresate bolilor corespunzătoare Axei I, rezolvarea problemelor personale prin modificarea distorsiunilor cognitive şi a comportamentului deviant, care împiedică o adaptare şi funcţionare corespunzătoare în rolurile vieţii (Beck, 1996; Davidson, 2000). În mod particular, în abordarea tulburărilor de personalitate ale căror raporturi interpersonale sunt cvasiconstant problematizante se preconizează relaţia terapeutică în mod elaborat structurată, în cadrul căreia – asemănător cadrului unui laborator – i se oferă pacientului şansa de a-şi corecta convingerile dezavantajante faţă de sine şi faţă de cei din jur. Subiectul care mediază acest demers este terapeutul.

Comparativ cu psihoterapiile cognitive folosite pentru tulburările psihopatologice ale Axei I, în cazul tulburărilor de personalitate şedinţele trebuie să fie de durată mai mare şi mai frecvente.

Pornind de la sintagma enunţată direct sau sugerată de personalităţile patologice („Acesta sunt eu!"), este necesară o implicare intensă a terapeutului în vederea întăririi prin repetare susţinută a abilităţilor adaptative. Este vizată diversitatea componentelor cognitive, afective şi comportamentale care trebuie mobilizate (Davidson şi Tyrer 1996). Necesitatea cunoaşterii evenimentelor marcante şi/sau vulnerabilizante din copilărie şi, ca urmare, inventivitatea terapeutului care facilitează veridicitatea descrierilor biografice ocupă, de asemenea, o poziţie aparte (Padesky şi Greenberger, 1995).

În ansamblu, în patologia personalităţii terapiile cognitive se află încă în perioada experimentelor şi începe să devină o certitudine faptul că psihoterapeuţii trebuie să colaboreze în elaborarea unui model de intervenţie cognitivă cu o cât mai largă aplicabilitate şi eficienţă.

Psihoterapiile comportamental-dialectice au fost dezvoltate de Linehan (1993) ca o metodă în mod specific adresată părinţilor cu TP de tip borderline şi manifestări autovătămătoare sau suicidare.

Stanley (2001) le consideră o variantă a terapiilor cognitiv-comportamentale, care poate fi adaptată şi pentru cazul tulburărilor de personalitate, cu precădere al celor dominate de disfuncţionalităţi emoţionale. Acestea din urmă – în cazul TP de tip borderline – sunt condiţionate, pe de o parte, de o vulnerabilitate afectivă exagerată, manifestată prin răspunsuri emoţionale rapide şi intense, urmate de o revenire tardivă la starea normotimică. Se asociază, pe de altă parte, şi o perturbare a maturizării afective, datorată mediului parental abuziv sau neglijent. Cele două condiţii se stimulează reciproc. În acelaşi context, Linehan (1993) descrie – din perspectiva teoriei învăţării – comportamentul autodistructiv recurent specific personalităţilor cu dereglări în managementul emoţiilor, comportament ce reprezintă un apel la îngrijire şi atenţie din partea anturajului. Din aceeaşi perspectivă, substratul teoretic al terapiilor comportamental-dialectice e reprezentat – ca şi în cazul terapiilor cognitive dezvoltate de Beck *et al.* (1990) – de principiile teoriei învăţării, de această dată aplicate vieţii emoţionale. Atributul de *dialectic* se datorează coexistenţei dintre acceptarea de către terapeut a comportamentului disfuncţional şi încercarea de a-l modifica în sens pozitiv. Fără prima componentă a binomului, cea de-a doua a fost mereu invalidată de intervenţiile anterioare (Linehan, 1997).

Doctrina dialectică porneşte de la premisa că pacientul – în perioada intervenţiei terapeutice – doreşte să-şi îmbunătăţească situaţia

în orice condiţii, deşi nu este doar el responsabil pentru gravitatea ei. Alte repere de aceeaşi valoare sunt încrederea în terapeut şi, pe de altă parte, convingerea acestuia că reprezintă un sprijin temporar şi un îndrumător pentru pacient, nu un protector care să îi preia responsabilităţile.

Tratamentul propriu-zis are două componente : terapiile individuale şi cultivarea aptitudinilor. Primele se desfăşoară în şedinţe săptămânale de câte 50-60 de minute, fiind însă flexibile ca structură, în funcţie de disponibilitatea pacientului. Acesta este obligat să ţină un jurnal cu conţinutul subiectelor abordate şi poate oricând să apeleze telefonic terapeutul – se recomandă zilnic –, atunci când anticipează o scădere a autocontrolului. Şedinţele sunt subîmpărţite în trei etape : de abordare şi estompare a psihotraumelor, a evenimentelor şi comportamentelor care perturbă relaţia terapeutică şi a condiţiilor care afectează calitatea vieţii pacientului. Abordarea aptitudinală vizează structurarea unor abilităţi noi, cu efecte adaptative, şi se desfăşoară sub forma unor întâlniri de grup monitorizate, de preferinţă de un al doilea terapeut (Linehan, 1993).

Abilităţile stimulate sunt de natură raţional-cognitivă, emoţională, de control al stresului şi interpersonală. Abordarea primei categorii se face apelând la principiile filosofiei Zen, pacientul fiind sprijinit să se concentreze asupra stării prezente pe deplin conştientizată. În al doilea plan se află cultivarea emoţiilor pozitive şi a capacităţii de control a anxietăţii, tristeţii şi fricii, precum şi a reacţiilor afective la stimulii din mediu. Abordarea toleranţei la stres presupune cultivarea capacităţilor de detaşare a situaţiilor suprasolicitante sau critice şi a aceleia de acceptare a evenimentelor ce nu pot fi controlate. A patra dimensiune terapeutică vizează promovarea capacităţilor interrelaţionale personale, prin controlul cogniţiilor care le dezavantajează, dar cu păstrarea şi cultivarea stimei de sine.

Tehnicile dialectale specifice apelează cu precădere la cultivarea paradoxului care facilitează spontaneitatea şi flexibilitatea limbajului

şi a comunicării în ansamblu. O contribuţie asemănătoare o are şi aplicarea tehnicii „avocatul diavolului", ce are un confirmat rol mobilizator al dorinţei de schimbare a pacientului. Ea este foarte utilă în motivarea primelor şedinţe psihoterapeutice (Goldfried *et al.*, 1978 ; Suler, 1989). Aceeaşi importanţă o are şi utilizarea metaforelor, a „poveştilor terapeutice" care favorizează autocunoaşterea, dar şi mobilizarea unor aptitudini estompate (Barker, 1985).

O altă tehnică este încurajarea pacientului în planurile sale în măsură mult mai mare decât se poate aştepta acesta, în aşa fel încât consecinţele dezavantajante ale intenţiilor acestuia să devină evidente (Saposnek, 1980).

May (1982) descrie – pentru pacienţii cu TP de tip borderline – şi importanţa armonizării dintre raţionamentele afective şi cele logice, alături de încercarea – chiar bazată pe umor – de a degreva de semnificaţii negative şi autoculpabilizante discursul pacientului. Ambele variante amintite impun însă o alianţă terapeutică foarte elaborată, în cadrul căreia pacientul să fie convins de reala compasiune a terapeutului.

Tehnicile dialectic-comportamentale integrează un program flexibil al întâlnirilor, al subiectelor abordate şi al accesibilităţii la diferiţii psihoterapeuţi implicaţi. Se consideră că schimbările pozitive sunt favorizate de atmosfera deschisă – dar sigură – astfel întreţinută.

Odată structurat, programul terapeutic integrează observarea activă a celor prezentate de pacient într-o manieră empatică non-autoritară şi validarea directă a răspunsurilor pacientului. Tehnica dialectic-comportamentală şi-a confirmat utilitatea în abordarea majorităţii atributelor TP de tip borderline, atât în condiţii de spitalizare, cât şi în ambulator şi pe diferite grupe de vârstă. Ea urmează să fie experimentată şi în alte sectoare ale patologiei personalităţii (Lynch *et al.*, 2003 ; Rathus şi Miller, 2002).

Psihoterapiile interpersonale – au o solidă fundamentare teoretică, dar sunt încă în faza aplicării experimentale pentru tulburările de personalitate luate în ansamblu (Kiesler, 1986 ; Horowitz *et al.*, 1988 ; Benjamin, 2003).

În acest context, este, de asemenea, bine cunoscută tendința de a integra definiției tulburării de personalitate esențiale disfuncționalitățile interpersonale și sociale (Livesley și Jank, 1998 ; Johnson *et al.*, 2000 ; Oldham și Skodol, 2000). De altfel, criteriile diagnostice pentru TP schizoidă, TP schizotipală, TP de tip borderline și TP dependentă integrează numeroși termeni de factură interpersonal-relațională (APA, 2000).

Parker (2002), la rândul său, consideră că un prim nivel al caracterizării tulburărilor de personalitate este cel al tulburării de ansamblu a funcționării interpersonal-sociale, cel de-al doilea fiind abia cel tipologic. De altfel, dintre cei 17 markeri ai disfuncționalității generale, majoritatea sunt de natură relațională.

Sublinierea contribuției relațiilor interpersonale în definirea personalității și structurarea tulburărilor de personalitate a început cu Sullivan (1953), care a definit personalitatea ca pe un model stabil de raporturi interpersonale recurente ce caracterizează viața individului uman. Același autor introduce termenul de *interpersonalism* care se referă la relațiile dintre două persoane ce au o ambianță comună și consideră că și nevoile umane ar fi condiționate de relațiile interpersonale. Bowlby (1988), la rândul său, relevă rolul calității relațiilor interpersonale precare – inițial față de mamă, apoi și față de alte persoane – în structurarea concepției despre sine și lume a unei personalități armonioase. În același cadru, Janoff Bulman (1992) relevă dubla postură a relațiilor interpersonale, de factori determinanți, respectiv de consecințe ale tulburărilor afective și ale caracteriopatiilor.

Diversele tipuri de raporturi interpersonale pot fi caracterizate printr-o serie de epitete. Astfel, a luat naștere ideea unui cerc sau

circumplex care ar delimita un spațiu interpersonal și ar putea facilita caracterizarea multitudinii de modalități relaționale. Structurarea circumplexului a fost inspirată de concepția lui Bakan (*apud* Wiggins și Trohst, 1999), care integrează două direcții ortogonale proprii ființelor dotate cu viață psihică ce surprind două atitudini fundamentale : o tendință orientată spre afirmarea individualistă de sine și una de agregare și comuniune socială, ambele cu variantele lor opuse. Pe acest teritoriu, în raporturile cu alții, persoana „negociază" diferite schimburi, oferind un anumit tip de suport, afectiv sau moral și primind un anumit tip de răspuns. Au fost elaborate mai multe tipuri de circumplexe cu ajutorul unor epitete definitorii pentru atitudinile specifice și stabile ale persoanei umane. Primul a fost cel imaginat de Leary (1957). Sunt, de asemenea, de remarcat cele ale lui Kiesler (1986), respectiv Horowitz *et al.* (1988). Astăzi, cel mai des este utilizată scala adjectivelor interpersonale IAS (The Interpersonal Adjective Scale), elaborată de Wiggins, în 1995. Din 1993 există și o scală de evaluare a comunicării interpersonale în cursul psihoterapiei – Impact Message Inventory (IMI), structurată de Kiesler și Schmidt.

Aceste instrumente nu au fost încă extinse în studiul personalităților patologice, pentru că vizează, în genere, doar primii doi factori din modelul celor cinci, elaborat de Costa și McCrae, și sunt încă deficitare ca ofertă de abordare dimensională. În acest sens, Benjamin (2003) a structurat un model care permite formularea de profiluri personologice individuale pentru fiecare dintre tipurile aparținând DSM-IV-TR, denumit Structural Analysis of Social Behavior (SASB). El are trei repere dominante ce reflectă, în bună măsură, opinia clasică asupra poziției centrale în spectrul nevoilor ființei umane a nevoilor de afecțiune și putere. Primul reper vizează capacitatea de a avea reprezentări stabile și integrate ale eului despre sine și cei din jur. Cel de-al doilea cuprinde deficiențele relaționale interpersonale, în sensul atașamentului, intimității și echilibrului, iar cel de-al treilea

integrează viciile comportamentului prosocial, în sensul raporturilor dintre incisivitate şi autocontrol, dintre activism şi pasivitate.

Modelul lui Benjamin coalizează atribute psihodinamice şi interpersonale care fundamentează tehnici psihoterapeutice omonime, la care se adaugă cele cognitive (Markowitz *et al.*, 1998).

Psihoterapiile interpersonale şi-au dovedit utilitatea în abordarea depresiilor, tulburărilor anxioase şi bulimiei şi au fost iniţial aplicate la pacienţii cu TP de tip borderline, a căror responsivitate terapeutică scăzută este recunoscută.

Aceste variante psihoterapeutice sunt fundamentate pe convingerea că pacientul are probleme ce pot fi tratate şi de care nu poate fi responsabil, dar şi pe faptul că între suferinţa individuală şi evenimentele vieţii există o interdependenţă mereu confirmată.

Tehnicile de scurtă durată includ 12-16 şedinţe săptămânale (Weissman *et al.*, 2000). Faza iniţială durează nu mai mult de trei întâlniri şi urmăreşte stabilirea diagnosticului, în cazul tulburărilor de personalitate care vizează imaginea de sine. Urmează inventarul interpersonal din perspectiva strategiilor de stabilire a relaţiilor şi a raporturilor sociale. Se pune accent pe comportamentul social recent, dar şi pe izolarea socială şi absenţa evenimentelor de viaţă, ca repere ale deficitului interpersonal. În aceeaşi fază se pun bazele alianţei terapeutice, iar pacientul şi terapeutul convin să se informeze reciproc asupra progreselor tratamentului.

În următoarele şedinţe, din perioada de mijloc a terapiei, sunt identificate şi acele evenimente de viaţă – din săptămâna precedentă – care merită o investiţie emoţională. În ultimele şedinţe se face un bilanţ al rolurilor existenţiale şi al raporturilor cu cei din jur, iar terapeutul sprijină încrederea în sine şi iniţiativele personale ale pacientului (Frank *et al.*, 1990; Renolds *et al.*, 1999).

Terapiile interpersonale aplicabile tulburărilor de personalitate vizează cu precădere tulburările de personalitate de cluster B şi C, în cazul TP de tip borderline durata lor fiind cea mai prelungită.

Studiile de până acum arată cea mai bună complianţă terapeutică la pacienţii cu TP dependentă şi TP obsesiv-compulsivă (Barber şi Muenz, 1996).

Psihoterapiile de grup – sunt tot mai des utilizate în strategiile terapeutice adresate tulburărilor de personalitate, toate tipurile încadrate în DSM-IV-TR beneficiind de ele. Terapiile de grup sunt considerate semnificativ mai incisive decât cele individuale şi, ca urmare, mai potrivite cu atributul de *persistenţă* sau de *stabilitate* al manifestărilor psihocomportamentale. Yalom (1995) descrie câteva particularităţi care pledează pentru aplicabilitatea şi eficienţa terapiilor de grup. Într-o ordine aleatorie, acestea sunt: un anumit nivel de coeziune care favorizează participarea la întâlniri, capacitatea de a împărtăşi celorlalţi problemele personale, aceea de a învăţa unii de la alţii sau de a imita şi altruismul.

Pe de altă parte, grupurile terapeutice favorizează estomparea fenomenului de transfer negativ către terapeut, cultivă feedbackurile între partenerii de dialog şi integrarea emoţiilor pozitive şi negative. Ele vin în întâmpinarea tendinţei unora dintre pacienţii cu tulburări de personalitate de a demonstra, şi nu doar de a descrie dificultăţile lor interpersonale şi permit structurilor de tip histrionic, dependent sau borderline să se valorizeze prin adoptarea unui rol public. Piper şi Ogrodniczuk (2004) comentează dezavantajele grupului în cadrul căruia diversitatea opiniilor poate împiedica orice formă de comunicare. Grupul dezavantajează, de asemenea, pe cei cu un stil incisiv şi independent sau poate deveni „ţap ispăşitor" pentru unii dintre membrii săi.

Rutan şi Stone (2001) descriu dezavantajele psihoterapiilor de grup, în conformitate cu rolurile adaptate de majoritatea pacienţilor cu tulburări de personalitate care preferă şi/sau afişează solitudinea – TP de cluster A şi TP evitantă –, provocările recurente – TP antisocială, TP de tip borderline, TP obsesiv-compulsivă –, o atitudine

plictisită – TP narcisică, TP obsesiv-compulsivă – sau una de sprijinitor al terapeutului – TP histrionică, TP dependentă. Nemulţumirea perpetuă este apanajul TP narcisice şi TP de tip borderline. Acestea s-au dovedit şi cele mai rezistente la efectele terapeutice pozitive ale grupului în ambulator (Tuttman, 1990).

Sunt descrise şi aplicate câteva variante psihoterapeutice de grup. Astfel, terapiile de scurtă durată nu depăşesc 20 de şedinţe, eşalonate săptămânal, nu au un caracter intensiv şi nu vizează modificări structurale profunde, ci modelarea comportamentului din perspectiva modalităţilor de expresie emoţională şi a aptitudinilor de socializare.

Terapiile pe termen lung includ una sau două şedinţe săptămânale, timp de 1-2 ani de zile. Ele au un caracter intensiv şi integrează interpretarea şi confruntarea – cu participarea grupului – a conflictelor interioare, a mecanismelor defensive şi a comportamentului maladaptativ persistent al pacientului. Validarea eficienţei metodei are loc tot în cadrul grupului, prin obiectivarea progreselor relaţional-adaptative (Rutan şi Stone, 2001).

O a treia variantă o reprezintă terapiile de zi care corespund unor spitalizări parţiale cu 3-5 întâlniri pe săptămână, fiecare cu o durată de câteva ore. Se apelează la tehnici diferite – cognitiv-comportamentale, pentru grupurile care au ca scop cultivarea aptitudinilor, sau psihodinamice, atunci când primează modificarea reperelor eului. Terapiile de zi au ca urmare o diversitate de scopuri şi sunt intensive. Grupurile variază numeric, structural şi ca obiective, interacţionează unele cu altele şi din punctul de vedere al personalului implicat, iar pacienţii sunt încurajaţi să aibă în vedere întregul sistem. Se stimulează comunicarea între membrii diferitelor grupuri, respectul reciproc şi iniţiativele responsabile (Bateman şi Fonagy, 1999).

A patra variantă terapeutică de grup este una intensivă care se adresează situaţiilor critice, cum ar fi, de exemplu, tentativele suicidare. Ea se desfăşoară în condiţii de spitalizare şi poate dura

între una şi şapte zile. Costurile ridicate o fac tot mai rar utilizată. Metoda include observarea, îngrijirea şi suportul, fiind combinată cu alte variante psihoterapeutice (Rosen *et al.*, 2001). Această tehnică intensivă mai este utilizată în abordarea TP antisocială, în condiţiile în care pacientul este privat de libertate.

Utilitatea terapiilor de grup depinde şi de omogenitatea sau eterogenitatea acestora, de durata – adeseori insuficientă – a şedinţelor şi de asocierea altor variante psihoterapeutice (Shea, 1993).

Terapiile de grup, în ansamblul lor, sunt mereu confirmate ca şi cvasiobligatorii în orice strategie terapeutică elaborată pentru pacienţii cu tulburări de personalitate. Ele sunt cu precădere indicate la TP schizoidă, TP schizotipală, TP histrionică, TP de tip borderline, TP dependentă, TP evitantă şi, într-o oarecare măsură, la TP obsesiv-compulsivă. Sunt dificil de aplicat sau puţin eficiente la TP paranoică, TP antisocială şi TP narcisică. Asocierea mai multor tulburări de personalitate diminuează constant eficienţa psihoterapiilor de grup (Dolan *et al.*, 1995).

Psihoterapiile familiale. Este bine cunoscut faptul că mediul familial reprezintă, simultan, un factor personogenetic de importanţă majoră şi unul implicat în etiopatogenia diverselor tulburări corespunzătoare Axei I. Atributele familiale dominante sunt extrapolate în abilităţile individuale de abordare a conflictelor şi în cele suportive (Millon, 1981 ; Head *et al.*, 1991).

Espy (1994) subliniază câteva dintre caracteristicile dinamicii mediului familial care se răsfrâng asupra comportamentului individual, şi anume decepţiile, ameninţările, trădările, pedepsele fizice.

Se ştie că atitudinea parentală poate influenţa direct sau indirect structurarea personalităţii copiilor sau instalarea unor episoade maladive corespunzătoare Axei I. Astfel, părinţii pot contribui direct la modelarea unor comportamente adaptative disfuncţionale ale copiilor sau indirect, prin stimularea şi promovarea unei comunicări deschise între generaţii.

Pot fi astfel prelucrate şi depăşite împreună eşecuri, frustrări şi abuzuri pe care copiii le suferă conjunctural şi care ar putea condiţiona negativ echilibrul psihocomportamental.

Rutter şi Quinton (1984) remarcă faptul că prezenţa unor tulburări de personalitate la părinţi are un impact negativ mult mai sever asupra copiilor decât antecedentele psihiatrice parentale corespunzătoare Axei I. Consecinţele asupra ontogenezei personalităţii infantile sunt deosebit de grave atunci când, prin căsătorie, se întâlnesc două tulburări de personalitate, cum ar fi TP de tip borderline, respectiv TP narcisic şi TP antisocial. În prima situaţie, chiar dacă, la început, trăsăturile de tip borderline şi cele narcisice se tolerează reciproc – putând trece chiar prin scurte perioade de armonizare pe terenul atributelor din spectrul dependenţei –, ulterior recurenţele depresive şi potenţialul suicidar vor ajunge să confirme accentuarea instabilităţii structurale. În a doua variantă, stilul activ-exploatativ şi non-empatic al antisocialului vor face imposibilă relaţia conjugală. Orice căsătorie – menţinută forţat în cadrul descris – se va repercuta direct şi negativ asupra eventualilor urmaşi. Astfel, sfatul conjugal devine unica variantă pertinentă preventivă (Johnson şi Lebow, 2000; Sholevar şi Schwoeri, 2003).

La nivel atitudinal, considerăm că efectele personopatice majore pot să apară atunci când stilul hiperprotector parental coabitează cu deficitul moral al unei personalităţi patologice. TP paranoică şi TP antisocială sunt cele mai potrivite exemple în acest sens. Mecanismul dominant în acest context este cel al identificării proiective, care, prin repetiţie, induce rigiditatea atitudinală, erorile adaptative şi, nu în ultimul rând, estomparea aspiraţiilor prosociale ale eului (Zinner, 1976).

Sonne şi Swirsky (1986) alături de Sholevar şi Schwoeri (2003) descriu câteva particularităţi ale terapiilor familiale. Astfel, dinamica grupului, corespunzător varietăţii de roluri în care interrelaţionează membrii familiei, favorizează acurateţea diagnosticării personalităţilor

patologice. Acelaşi rol îl are şi fenomenul de transfer al trăirilor şi atitudinilor, în raport cu partenerul conjugal. Au fost observate, în acelaşi context, căsătorii „complementare", precum cele dintre TP obsesiv-compulsivă şi TP histrionică, respectiv TP paranoică şi TP afectiv-depresivă, care, fără a avea o semnificaţie statistică, relevă – corespunzător eşecului prematur al relaţiei – disfuncţionalitatea tulburărilor de personalitate în rolul familial şi facilitează selectarea cazuisticii pentru psihoterapiile familiale.

Cele mai semnificative încercări psihoterapeutice implicând grupul familial au avut ca subiect familiile în care cel puţin unul dintre cei doi parteneri întruneau criteriile de diagnostic pentru TP de tip borderline. Trăsăturile de tip borderline imprimă instabilitate vieţii conjugale cu întreg cortegiul de perturbări cognitive, afective, motivaţionale şi atitudinale care o însoţesc.

O primă condiţie terapeutică este delimitarea exactă a grupului familial în raport cu familia extinsă şi celelalte componente ale reţelei personale de suport social. În sens psihodinamic, sunt căutate de către terapeut condiţionările genetice ale comportamentului maladaptativ şi se promovează rezolvarea problemelor existenţiale care îl pot favoriza.

Terapeutul trebuie să devină un mediator al comunicării interpersonale şi să încerce să estompeze expresiile emoţionale exagerate, pătimaşe, atât de specifice cazuisticii. Este foarte importantă diferenţierea dintre reacţiile afective de furie şi supărare şi atributele afective structurale ale părinţilor. Sunt cultivate, de asemenea, răspunsurile afective pozitive care asigură protecţia şi sprijinul partenerului. În toate aceste iniţiative, terapeutul trebuie să stimuleze cooperarea între membrii familiei, care, progresiv, tinde să devină necondiţionată (Johnson, 1998; 2002).

Zanarini şi Frankenburg (1997) insistă asupra disfuncţionalităţii vieţii sexuale a cuplului, în cadrul căreia trebuie redimensionate modalităţile de exprimare şi favorizată estomparea amintirilor

dezavantajante care cultivă rigiditatea atitudinală şi perturbă iremediabil momentele de intimitate.

Terapeutul poate fi pus şi în situaţia de a oferi protecţie pacientului cu TP de tip borderline, iniţial în cadrul abordării unui cuplu din care mai face parte o personalitate cu trăsături de tip narcisic sau antisocial.

În abordarea familiilor cu TP narcisică trebuie să se aibă în vedere expectaţiile acestora de a beneficia de un tratament preferenţial. De la început, este necesară combaterea defenselor narcisice care perturbă raportul psihoterapeutic. Lansky (1986), alături de Sholevar şi Schwoeri (2003), recomandă terapeutului o atitudine bine definită, elaborat autoritară şi empatică în aceeaşi măsură, care să stimuleze respectul pacienţilor şi să le faciliteze comunicarea. Sunt importante, de asemenea, abordarea raţională a evenimentelor psihotraumatizante din copilăria pacientului, precum şi reţinerile sale referitoare la părintele de sex opus şi la raporturile dintre ei în timp. Faptul se datorează atitudinii mereu reconfirmate ale acestui părinte de a-şi critica şi blama partenerul de acelaşi sex cu pacientul, aflat, bineînţeles, la vârsta copilăriei.

Forehand, McMahon (1981) şi Patterson (1982) descriu mediul familial dominat de stilul intolerant, hiperpunitiv, victimizator şi non-empatia care afectează plenar relaţia conjugală, dar şi raporturile parentale. În cadrul acestora din urmă, atitudinile coercitive – corespunzătoare instabilităţii structurale a părinţilor –, deşi recurente, sunt inconstante şi greu anticipabile, fapt ce cultivă manifestări similare în comportamentul copiilor. Disfuncţionalitatea rolului profesional şi, adeseori, prolificitatea cuplului agravează şi mai mult dizarmonia vieţii familiale.

Intervenţiile psihoterapeutice sunt relativ limitate, dar trebuie să cultive comunicarea şi liniştea cuplului, corespunzător unor câştiguri sau achiziţii materiale conjuncturale, şi să coalizeze mecanismele

defensive individuale, orientându-le împotriva părintelui cu atitudini recurente antisociale.

Millon (1981) şi Head (1991) postulează faptul că un mediu social cu expresivitate emoţională deficitară şi, simultan, hiperprotector cultivă trăsăturile de tip dependent. Familia, în ansamblu, are o slabă coeziune interioară, este inabilă în raporturile cu alte grupuri sau microgrupuri sociale şi este dominată de insuficienţa curiozităţii şi a deschiderii spre valorile şi tradiţiile culturale.

Personalităţile patologice de tip evitant marchează viaţa de familie prin manifestările lor de o extremă reţinere şi prin măsurile de securizare în faţa numeroaselor fobii. Evitarea contactelor sociale afectează coeziunea familială şi cultivă ritualuri şi reguli stricte de convieţuire. După Wolin şi Bennett, aceste atribute le stimulează pe cele de acelaşi tip ale partenerului şi dezavantajează net maturizarea copiilor.

Orice strategie terapeutică adresată familiilor în care există şi personalităţi patologice de tip dependent şi evitant trebuie să ţină cont de mecanismele compensatorii. Trebuie deci cultivate legăturile cu persoane active, implicate, decise şi comunicative, care pot fi şi altele decât partenerul conjugal. Pe de altă parte, terapeutul va stimula exprimarea deschisă a trăirilor afective între parteneri şi ignorarea ideii că aceasta ar dăuna relaţiei respective.

După Kerr (2003), Scholevar şi Schwoeri (2003), se impun clasificarea rolului fiecărui partener în cadrul cuplului, inclusiv în raporturile faţă de copii, şi, uneori, hiperimplicarea terapeutului care poate prelua temporar atributele unora dintre roluri şi redimensiona priorităţile atitudinale.

12.3. Terapiile psihofarmacologice

Orice strategie terapeutică trebuie să includă şi o componentă psihofarmacologică. Faptul este motivat de însăşi structura personalităţii, care integrează obligatoriu dimensiuni temperamentale condiţionate dominant biologic. Siever şi Davis (1991) analizează contribuţia neurotransmiţătorilor din anumite regiuni ale sistemului nervos central la structurarea şi modelarea ulterioară a trăsăturilor temperamentale. Acestea din urmă au ca substrat disfuncţionalitatea persistentă a sistemului hipotalamo-hipofizo-suprarenal, care reglează răspunsurile la stres (Debellis *et al.*, 1999), dar şi scăderile de volum ale hipocampului şi amigdalei, implicate în activitatea memoriei şi reglarea emoţională (Debellis *et al.*, 1999; Driessen, 2000). În acelaşi cadru, Rinne *et al.* (2000) descriu scăderea serotoninemiei cerebrale la femeile cu TP de tip borderline. În toate situaţiile enumerate, factorii declanşatori incriminaţi sunt psihotraumele din perioada copilăriei, cu precădere abuzurile fizice şi sexuale. Pe de altă parte, se ştie că eşecurile, frustrările, evenimentele şi schimbările negative ale vieţii condiţionează şi diversitatea tulburărilor psihopatologice corespunzătoare Axei I. Ca urmare, fenomenele productive perceptuale şi cognitive din puseele acute de schizofrenie pot avea acelaşi substrat neurobiologic – în acest caz, dismetabolismul noradrenergic –, ca şi cele din reacutizările manifestărilor schizotipale sau paranoice.

Terapiile farmacologice folosite în tulburările de personalitate se adresează manifestărilor clinice şi comportamentale relevante, prin intensitatea, dramatismul şi periculozitatea lor, pentru individ şi anturaj. Sunt vizate deci stările depresive şi anxioase, producţiile perceptuale şi cognitive patologice, impulsivitatea şi agresivitatea, care pot culmina în acte suicidare sau criminale.

Rezultatele studiilor experimentale şi clinice adresate terapiei medicamentoase a tulburărilor de personalitate sunt dificil de extrapolat

în strategii terapeutice elaborate sau specifice unei caracteriopatii, din cauza mai multor condiţii dezavantajante. Printre ele, enumerăm frecventele situaţii de comorbiditate cu alte tulburări de personalitate sau cu bolile corespunzătoare Axei I – cazul TP de tip borderline fiind mereu un exemplu în acest sens (Gunderson şi Philips, 1999; Koenigsberg *et al.*, 1999). De asemenea, instabilitatea psihocomportamentală şi, implicit, relativismul fazelor acute ale unor pacienţi împiedică, la rândul lor, aplicarea controalelor placebo (Hollander, 2001) sau favorizează părăsirea studiului (Kelly *et al.*, 1992).

Intervenţiile farmacoterapeutice rămân elective pentru manifestările psihopatologice acute şi cele productive şi pregătesc sau întreţin terenul terapiilor psihosociale.

Oferta psihofarmacologică în cazul tulburărilor de personalitate începe cu neurolepticele, preparatele psihotrope studiate şi utilizate în mod extensiv. Dozele mici de neuroleptice s-au dovedit eficiente ca primă opţiune în tratarea fenomenelor productive psihotiforme, dar şi a tulburărilor afective şi a diverselor forme de impulsivitate.

Brinkley *et al.* (1979), respectiv Himnowitz *et al.* (1996) sunt primii care descriu utilitatea dozelor mici de haloperidol, perfenazină şi thiotixen în tulburările cognitiv-afective la TP de tip borderline şi TP schizotipală. Acelaşi tip de rezultate le comunică şi Teicher *et al.* (1989) pentru doze medii de tioridazin (de 90 mg/zi), administrate pacienţilor afectaţi de TP de tip borderline, în raport cu efectul placebo. Golberg *et al.* (1986) dovedesc – tot comparativ cu efectul placebo – eficienţa dozelor mici de thiotixen în manifestările psihotiforme şi comportamentale ale pacienţilor cu TP de tip borderline şi TP schizotipală din serviciile ambulatorii şi semiambulatorii. Cowdry şi Gardner (1988) comunică rezultatele unui studiu placebo controlat complex la pacienţii cu personalitate de tip borderline, care a confirmat rolul unor doze mici (în medie 7-8 mg/zi) de trifluoperazină în controlul manifestărilor disforice, a interpretativităţii şi comportamentului suicidar.

Soloff *et al.* (1986 ; 1989) confirmă utilitatea haloperidolului, în doze zilnice medii de 4,8 mg, în reacutizările manifestărilor de tip borderline şi o eficacitate asemănătoare cu a amitriptilinei în controlul simptomelor depresive.

Trebuie subliniat faptul că nici unul dintre studiile menţionate până acum nu a depăşit – din motive legate de disfuncţionalitatea relaţiei terapeutice – intervalul cuprins între trei şi şase săptămâni. Soloff *et al.* (1989) şi Cornelius *et al.* (1993) remarcă, de altfel (într-un studiu eşalonat pe 22 de săptămâni), eficacitatea progresiv diminuată a haloperidolului asupra simptomelor de tip borderline, dar şi agravarea manifestărilor depresive consecutivă akineziei. Montgomery *et al.* (1982) au descris, cu un deceniu înainte, şi eficienţa flupentixolului decanoat (20 mg/doză) în scăderea incidenţei comportamentului suicidar la TP de tip borderline şi TP histrionică.

Apariţia celei de-a doua generaţii de neuroleptice a coincis cu tentativele de introducere a clozapinei – primul preparat sintetizat – în tratamentul tulburărilor de personalitate. Frankenburg şi Zanarini (1998) descriu utilitatea neurolepticului (administrat în doză medie zilnică de 200 mg) în estomparea simptomelor pozitive, a celor negative şi a funcţionării sociale la pacienţii cu TP de tip borderline care asociază tulburări nespecificate ale Axei I. Îmbunătăţirea stării psihice a fost modestă şi semnificativă statistic, nu şi clinic. Benedetti *et al.* (1998) măresc acurateţea evaluărilor şi abordează un lot de pacienţi cu TP de tip borderline rezistenţi la tratament şi caracterizaţi clinic prin dominanţa simptomelor *psyhotic-like* : tendinţe interpretative şi idei de referinţă tranzitorii şi induse de stres, iluzii vizuale, producţii senzoriale hipnagogice şi credinţe bizare. Dozele mici de clozapină se dovedesc utile în privinţa manifestărilor patologice cognitive, afective şi a impulsivităţii comportamentale.

Cea de-a doua generaţie de neuroleptice atipice a fost şi ea antrenată în strategiile terapeutice ale tulburărilor de personalitate, preparatele nou introduse fiind, în mod evident, mai bine tolerate.

Koenigsberg *et al.* (2003) confirmă utilitatea unei doze zilnice de 2 mg de risperidonă în tratamentul manifestărilor psihotiforme ale TP schizotipale.

Schirtz *et al.* (1999), respectiv Zanarini şi Frankenburg (2001) descriu utilitatea unor doze mici de olanzapină (5 mg/zi) în diminuarea manifestărilor psihotiforme ale TP de tip borderline asociate sau nu cu distimia.

Deşi există suficiente argumente pentru rolul neurolepticelor atipice în abordarea polimorfismului sindromologic al tulburărilor de personalitate, se impun totuşi studii elaborate referitoare la terapiile pe termen lung.

Preparatele antidepresive şi-au găsit şi ele locul în arsenalul terapeutic adresat tulburărilor de personalitate. În studiile lui Soloff (1986 ; 1989), amitriptilina este comparată cu haloperidolul şi efectul placebo în tratamentul TP de tip borderline. Ea se dovedeşte utilă în diminuarea ideaţiei micromanice, a celei interpretative şi a fenomenelor de depersonalizare. Amoxapina – un antidepresiv cu proprietăţi neuroleptice – îşi confirmă, la rândul ei, eficienţa asupra simptomelor de serie schizotipală asociate personalităţii de tip borderline (Jensen, 1989). Dintre antidepresivele tetraciclice, imipramina şi desipramina, respectiv mianserina, nu au fost superioare preparatelor placebo în tratamentul simptomatologiei afective a pacienţilor de tip borderline, dar, în general, antidepresivele tri- şi tetraciclice, prin efectele lor secundare şi pericolul letal al supradozajului, se autoexclud actualmente din oferta terapeutică pentru tulburările de personalitate, marcată oricum de deficienţele relaţiei terapeutice.

În schimb, inhibitorii moaminooxidazei – fenelzina şi tranilcipromina – s-au dovedit superiori în combaterea simptomelor depresive „atipice" ale pacienţilor cu TP de tip borderline (Liebowitz *et al.*, 1986 ; Soloff *et al.*, 1993). Cowdry şi Gardner (1988), asociind rezultatele mai multor studii comparative între inhibitorii MAO, respectiv alte antidepresive, neuroleptice şi timostabilizatoare, relevă

eficacitatea deosebită a primelor, cu precădere în simptomele afective comorbide tulburărilor de personalitate. Inhibitorii MAO îşi găsesc utilitatea şi în tratamentul fobiilor sociale, şi în cel al decompensărilor tulburărilor de personalitate de tip evitant. Administrarea lor ca tratament de primă alegere este însă limitată de interferenţele medicamentoase, de restricţiile regimului alimentar şi de riscul puseelor hipertensive (Liebowitz *et al.*, 1986; Deltito şi Stam, 1989).

Tratamentul antidepresiv de primă linie adresat simptomelor depresive, perceptual-cognitive şi impulsivităţii comportamentale se bazează pe inhibitorii recaptării serotoninei sau pe cei care au şi o acţiune pronorepinefrinică. Astfel, Cornelius *et al.* (1990), Kavoussi *et al.* (1994), Markovitz şi Wagner (1995) raportează eficienţa fluoxetinei, sertralinei şi venlafaxinei în tratamentul reacutizărilor TP de tip borderline. Este de remarcat acţiunea promptă, cu efect vizibil după 5-7 zile, asupra manifestărilor impulsive. S-a constatat, de asemenea, că lipsa de răspuns la un preparat SSRI nu presupune şi ineficienţa altor medicamente din aceeaşi categorie. În acelaşi cadru, trebuie remarcat şi faptul că mărirea dozelor până la apariţia tremorului şi prelungirea administrării sertralinei până la 24 de săptămâni dublează numărul pacienţilor care răspund la tratament. Reist *et al.* (2003) descriu şi eficienţa citalopramului asupra impulsivităţii şi agresivităţii pacienţilor cu tulburări de personalitate de cluster B fără condiţii comorbide. Rinne *et al.* (2002) sugerează că acţiunea asupra impulsivităţii ar avea o specificitate în funcţie de sex, fiind net superioară la pacienţii de sex masculin.

Instabilitatea psihoafectivă şi diversitatea manifestărilor impulsive au determinat efectuarea unor studii asupra eficacităţii medicaţiei anticonvulsivante în cazul tulburărilor de personalitate, cu precădere la TP antisocială şi TP de tip borderline. Mattes (1990) descrie, de altfel, utilitatea reală a carbamazepinei în controlul agresivităţii şi a crizelor de furie, independent de prezenţa unei personalităţi patologice.

Un studiu efectuat de Barratt *et al.* (1997) pledează şi pentru eficienţa fenitoinei (în doză de minimum 300 mg/zi) în diminuarea agresivităţii, dar fără confirmarea şi a unui efect preventiv. Rifkin *et al.* (1972) descriu, la rândul lor, micşorarea amplitudinii oscilaţiilor afective la două treimi din pacienţii unui lot, diagnosticaţi cu tulburare afectivă bipolară de tip II, aflaţi sub tratament cu săruri de litiu timp de şase săptămâni. Acelaşi preparat şi-a confirmat efectul antiagresiv la pacienţii aflaţi în condiţii privative de libertate (Sheard *et al.*, 1976).

Studiile lui Cowdry şi Gardner (1988) şi cel al lui De La Fuente şi Cotstra (1994) confirmă, respectiv infirmă efectul de scădere a impulsivităţii şi agresivităţii la pacienţii cu TP de tip borderline, comparativ cu efectul placebo.

Divalproatul de sodiu şi-a dovedit utilitatea în controlul agresivităţii pacienţilor cu TP de tip borderline şi alte tulburări de personalitate de cluster B, în paralel cu efectul anxiolitic (Stein *et al.*, 1995; Wilcox, 1995; Kavoussi şi Coccaro, 1994).

Frankenburg şi Zanarini (2002) confirmă efectul „anti-"impulsiv al valproatului de sodiu, alături de cel anxiolitic şi normotimizant propriu-zis.

Anxietatea-simptom şi anxietatea atribut structural caracterizează majoritatea tulburărilor de personalitate. Ca urmare, strategiile terapeutice din ultimele două decenii au inclus şi preparate anxiolitice benzodiazepinice. La pacienţii cu TP de tip borderline, alprazolamul trebuie utilizat cu precauţie deosebită – şi doar în asociere cu anticonvulsivante sau SSRI –, din cauza efectelor dezinhibitorii comunicate de unii autori (Cowdry şi Gardner, 1988). Mult mai util s-a dovedit clonazepamul – cu un timp de înjumătăţire lung şi cu proprietăţi anticonvulsivante şi serotoninergice asemănătoare carbamazepinei şi carbonatului de litiu (Freinhar şi Alvarez, 1985). Nu sunt cunoscute studii privind eficacitatea tranchilizantelor non-benzodiazepinice asupra manifestărilor psihocomportamentale ale tulburărilor de personalitate. Pornindu-se de la atributul de condiţie agravantă al

tulburărilor de personalitate pentru bolile corespunzătoare Axei I (Black *et al.*, 1991), au fost şi încercări de utilizare a tratamentului electroconvulsivant în asemenea situaţii.

Zimmerman *et al.* (1986), Casey şi Butler (1995), Casey *et al.* (1996) nu găsesc diferenţe semnificative între pacienţii cu depresie majoră care asociază sau nu o tulburare de personalitate şi au beneficiat de ECT. Un studiu recent al lui Feske *et al.* (2004) pledează pentru un răspuns mai slab la tratamentul ECT în cazul asocierii TP de tip borderline cu depresia majoră decât în cazul altor tulburări de personalitate. Obiectivitatea rezultatelor este însă în mod constant relativizată de dificultatea diferenţierii dintre simptomele afective de Axă I şi atributele afective ale tulburărilor de personalitate.

În ansamblu, terapiile psihofarmacologice şi biologic active sunt relativ noi în cadrul arsenalului terapeutic al tulburărilor de personalitate şi rămân tributare insuficienţei lor în abordarea tulburărilor caracteriale şi a reperelor relaţionale.

12.4. Tipuri de strategii terapeutice

Orice încercare terapeutic-reabilitativă în cazul tulburărilor de personalitate trebuie să pornească de la premisa ratei ridicate de condiţii comorbide. Astfel, abuzul de substanţe însoţeşte, în peste 50% din cazuri, tulburările de personalitate de cluster B. Oldham *et al.* (1995), Dick *et al.* (2001) descriu asocierea tulburărilor anxioase la peste 25% dintre tulburările de personalitate de cluster C, iar Dolan-Sewel *et al.* (2001) relevă prezenţa depresiilor la 50% dintre pacienţii cu tulburări de personalitate de cluster B şi C.

În cadrul strategiilor terapeutice adresate tulburărilor de personalitate, pot fi asociate mai multe tipuri de intervenţii care vizează diversitatea reperelor personologice implicate şi integrează atât mediul intraspitalicesc, cât şi pe cel extraspitalicesc.

Se descriu patru niveluri terapeutice. Primul – adresat şi intervenţiilor în criză – este cel al asistenţei intraspitaliceşti. Cel de-al doilea corespunde spitalizărilor parţiale dominate de întâlnirile grupurilor terapeutice, cu un program de două până la opt ore zilnice, pentru o perioadă cuprinsă între trei şi cinci zile pe săptămână. Al treilea nivel este cel al intervenţiilor intensive ambulatorii, care integrează tehnici variate într-un program de trei până la şase ore pe săptămână. Al patrulea nivel corespunde programelor ambulatorii propriu-zise, dominate de tehnicile de resocializare presupunând un program de una până la cinci ore pe săptămână.

Gunderson şi Gabbard (1999), Gabbard *et al.* (2002) şi Gunderson (2001) formulează următoarele scopuri majore ale strategiilor terapeutice în cazul tulburărilor de personalitate : distorsiunile subiective şi asistenţa în criză, estomparea conduitelor maladaptative, reabilitarea relaţională şi socială şi stimularea coeziunii şi autenticităţii eului. Atingerea acestor scopuri antrenează componentele diferitelor niveluri expuse anterior. Astfel, intervenţiile în criză sunt abordate cu precădere în condiţii de spitalizare şi presupun o accesibilitate facilă la medicaţia psihotropă, pe când reabilitarea relaţională integrează cultivarea mecanismelor de coping şi modele sociale corective, fiind apanajul programelor semiambulatorii şi ambulatorii intensive.

Terapiile extraspitaliceşti au o durată cuprinsă, de obicei, între 7 şi 14 zile, care însă, în mod individualizat, se poate prelungi până la două sau chiar trei luni. Deşi ele pot accentua unele comportamente maladaptative, precum teatralismul sau atitudinile parasuicidare, se dovedesc, în ansamblu, mai utile decât cele aparţinând nivelurilor I şi II (Tyrer şi Simmonds, 2003). Spitalizările par mai eficiente în cazul tulburărilor de personalitate de cluster B – în speţă, TP de tip borderline, care constituie 15% dintre tulburările de personalitate internate (Widiger şi Weissman, 1991). Se autoexclude, de obicei, TP antisocială, dar, deşi TP anxios-evitantă şi TP dependentă beneficiază de atmosfera intraspitalicească, ele rămân marcate de riscul decompensărilor după externare.

Pentru fiecare pacient internat, programul terapeutic trebuie să fie organizat şi condus de *un manager al cazului*. Acesta poate avea sau nu o formaţie clinică psihiatrică, dar are rolul de a monitoriza examenul clinic şi neurologic, raporturile dintre pacient şi membrii reţelei de suport social, precum şi oferta de îngrijiri extraspitaliceşti, dar şi evoluţia unor suferinţe comorbide, cum sunt abuzul de substanţe sau depresiile (Kool *et al.*, 2003 ; Gunderson *et al.*, 2004). În cazul TP de tip borderline s-au dovedit utile şi spitalizările prelungite cu o durată medie de şapte luni de zile.

Programele semiambulatorii includ şi spitalizări de scurtă durată, cuprinsă între două şi patru săptămâni. Ele s-au dovedit – ca şi cele precedente – utile la pacienţii cu TP de tip borderline, dar şi cu TP antisocială şi TP paranoică, atunci când au avut un caracter intensiv şi o structură mixtă farmacologică şi psihoterapeutică (Wilberg *et al.*, 1998). În ansamblu, ele vizează pacienţii cu marcate dificultăţi de inserţie socială şi cu un scor GAF sub 50 (Karterud *et al.*, 2003).

Structura acestor programe e subîmpărţită în stagii de 1-2 săptămâni, respectiv 2-8 săptămâni în ambulator. Managerul cazului trebuie să apeleze la informaţii clare, ordonate şi să dirijeze întâlnirile grupurilor terapeutice care domină nivelul III terapeutic, alături de calitatea alianţei terapeutice.

Programul ambulator intensiv coalizează mai multe tehnici psihoterapeutice şi reabilitative aplicate timp de 3-10 ore pe săptămână. Ele fac tranziţia spre programele ambulatorii şi şi-au confirmat eficienţa la pacienţii cu TP de tip borderline (Gunderson, 2001 ; Smith *et al.*, 2001). Structurarea programului include grupuri terapeutice care se întâlnesc zilnic sau de trei ori pe săptămână, dimineaţa sau după-amiaza târziu, pentru a nu interfera cu psihoterapiile individuale. Este de preferat o cât mai mare diversitate de grupuri, care să acopere complexitatea dificultăţilor adaptative ale perioadei care urmează externării din spitalul psihiatric. Întâlnirile zilnice asigură coeziune şi continuitate în împlinirea principalelor scopuri

ale programului, şi anume, controlul impulsurilor, reglarea emoţiilor, îmbunătăţirea capacităţilor de control a stresului şi a celor de a recultiva şi întreţine relaţii interpersonale. Ultimele vizează şi membrii familiei. În cazul acestui de-al treilea nivel terapeutic-reabilitativ, există mereu posibilitatea ivirii unor situaţii conflictuale, ca expresie a oscilaţiilor nevoii de dependenţă şi a atitudinilor captative. O poziţie particulară – de analizat prin prisma conceptului de *mentalizare*, introdus de Fonagy (1991) – o ocupă stimularea recunoaşterii trăirilor afective personale şi ale celor din jur şi raportarea lor la comportamentul cotidian. Tehnica este importantă mai ales în abordarea TP dependente şi TP de tip borderline.

În ansamblu, la programele nivelului II trebuiesc periodic evaluate şi reintegrate – dacă este cazul – celelalte variante psihoterapeutice, fapt preconizat de Linehan *et al.* (1993), în cazul terapiilor dialectic-comportamentale.

Nivelul I al terapiilor ambulatorii propriu-zise nu are indicaţii şi contraindicaţii bine definite, fiind larg accesibil celor care simt nevoia unui sprijin psiho-socio-terapeutic elaborat şi care pot respecta orarul întâlnirilor. Programele acestui nivel exclud pacienţii cu deficienţe comportamentale severe. După Winston *et al.* (1994) şi Hoglend (1993), pacienţii incluşi nu trebuie să fi avut, în ultimele 12 luni, probleme legate de controlul impulsurilor, tentative autolitice, consum de medicamente psihotrope, respectiv să aibă cel puţin o relaţie interpersonală stabilă şi un loc de muncă.

Dacă scopurile programului sunt aproape similare celor ale nivelului precedent, structura acestuia este dominată de psihoterapiile individuale (Gunderson, 2001). Lor li se pot asocia terapii de grup (Munroe-Blum şi Marziali, 1995), grupuri de autoajutorare, precum Alcoolicii sau Narcomanii Anonimi, terapiile familiale sau medicaţia psihotropă, mai ales la TP schizotipală, TP de tip borderline şi TP dependentă. Higlend (1993) pledează pentru obligativitatea programelor terapeutic-reabilitative ambulatorii şi confirmă utilitatea aplicării lor pe termen

lung la pacienţii cu tulburări de personalitate – chiar pentru o perioadă cuprinsă între doi şi patru ani de zile. TP narcisică, TP histrionică şi TP obsesiv-compulsivă pot fi beneficiarele unui anume tip de asistenţă. Personalităţile psihopatice sunt cel mai dificil de abordat, la orice nivel.

Cele patru componente ale strategiilor terapeutice în cazul tulburărilor de personalitate descrise – începând de la cel intraspitalicesc – scad ca nivel de structurare şi cresc în sens invers – ca durată –, pornind de la cel ambulator. Raporturile de tip „dependenţă terapeutică" afectează, în mod progresiv, calitatea intervenţiilor, începând de la nivelul IV spre nivelul I. Astăzi, se acordă o atenţie sporită raporturilor dintre suportul doctrinar al programelor şi specificitatea efectelor acestora, precum şi atributele alianţei terapeutice care le măreşte eficienţa.

12.5. Conceptul de *alianţă terapeutică*

Conceptul a fost dezvoltat de Horvath, Greenberg (1994) şi Orlinsky *et al.* (1994). Este deosebit de important şi adaptabil în cazul tulburărilor de personalitate, deşi calitatea lui depinde de cea a relaţiilor interpersonale ale fiecărui caz în parte (Hersong *et al.*, 2002; Gibbons *et al.*, 2003), iar pacienţii cu TP narcisică, TP de tip borderline şi TP paranoică deţin atributele perturbatorii majore.

Alianţa terapeutică este, teoretic, fundamentată de limbajul psihanalitic, conform căruia o parte a eului rămâne accesibilă terapeutului, putând fi folosită împotriva celei deja modificate patologic (Guther şi Havens, 1979). Extrapolând cele de mai sus la cazul tulburărilor de personalitate, se poate considera că unele dintre atributele adaptative restante ale acesteia pot fi mobilizate pentru depăşirea situaţiilor critice şi pentru remanierea dimensională de ansamblu.

Pornind de la constatarea, făcută de Adler (1980), a apariţiei tardive a elementelor unei alianţe terapeutice în cazul TP de tip borderline, Gunderson (2000) sugerează următoarele stadii ale unui asemenea raport în terapiile pe termen lung. În prima fază – contractuală –, se stabilesc raporturile intervenţiei şi modalităţile de atingere a lor. Faza a doua e dominată de promovarea de către terapeut a unui comportament empatic, plin de înţelegere şi anticipator al expectaţiilor pacientului. A treia fază corespunde desfăşurării propriu-zise a întâlnirilor medic-pacient, în care cel de-al doilea trebuie să găsească în terapeut un partener de dialog care îl ajută să se cunoască şi să se controleze. Principalele dificultăţi ivite în calea împlinirii alianţei terapeutice sunt lipsa de încredere a pacientului într-un sprijin din partea celor din jur şi durata prelungită în timp a întregului proces (care poate dura ani de zile).

În cazul tulburărilor de personalitate aparţinând fiecăruia dintre cele trei clustere, au fost făcute în ultimele două decenii diverse observaţii, corespunzătoare atitudinii faţă de terapeut (Bender *et al.*, 2003). Într-un mod greu de anticipat, pacienţii schizotipali s-au dovedit cel mai intens preocupaţi de relaţiile cu terapeutul – dar în afara întâlnirilor propriu-zise –, diversitatea atributelor cognitiv-imaginative reprezentând adesea o sursă de motivaţii pentru contactele interpersonale.

Detaşarea schizoidului dezavantajează alianţa terapeutică, la fel ca şi nevoia permanentă de autoafirmare, chiar dacă bine disimulată, a personalităţilor paranoice.

Personalităţile de tip borderline şi histrionic sunt mereu sensibile la dovezile de căldură şi sprijin, fiind doritoare de relaţii cât mai stabile. Narcisicul, la rândul său, răspunde la mesajele empatice care nu-i subminează permanentele strădanii de a se valoriza în faţa celor din jur. Antisocialul – în pofida aparenţelor – poate fi atras într-o alianţă terapeutică atunci când condiţiile comorbide corespunzătoare Axei I îl afectează într-o măsură semnificativă, sursă de

disconfort continuu. Personalităţile evitantă şi dependentă au niveluri de sociabilitate relativ crescute, deşi mascate de autostima scăzută, şi pot întreţine cu îndemânare o relaţie terapeutică. Rigoarea obsesiv--compulsivului, care devine hiperresponsabil în orice rol, îl determină să devină, la rândul său – în contextul dat –, un garantat partener de dialog.

Cea mai importantă calitate a unei alianţe terapeutice rămâne flexibilitatea ei. Din această perspectivă, Gabbard (2000) remarcă faptul că în psihoterapiile de sorginte psihanalitică devine necesară alternarea de către terapeut a tehnicilor introspective cu cele care stimulează mecanismele defensive şi capacităţile de coping. În acelaşi sens, Tyrer şi Davidson (2000) subliniază dificultăţile apărute în utilizarea psihoterapiilor cognitive şi comportamentale la pacienţii cu tulburări de personalitate, în cazul cărora se impune o definire clară şi precoce a particularităţilor alianţei terapeutice, între care stabilitatea sau persistenţa în timp ocupă o poziţie de prim ordin.

Alianţa farmacoterapeutică – prin intermediul căreia strategiile terapeutice integrează psihoterapiilor şi medicaţia psihotropă – presupune colaborare activă şi informată a pacientului cu terapeutul la structurarea variantelor posologice (Guther, 1982).

Integrarea personalităţilor patologice într-o alianţă terapeutică rămâne, oricum, un demers dificil de realizat. Primul obstacol este constituit de absenţa dorinţei sau nesemnificativa mobilizare într-o schimbare a pacienţilor. Acestui reper major i se asociază instabilitatea sau excesiva rigiditate sau chiar ostilitate atitudinală, nivelul constant de dependenţă, dar şi de introversiune în raporturile cu cei din jur şi, nu în ultima instanţă, aderenţa deficitară la tradiţiile normale şi valorile comunitare. O alianţă terapeutică eficientă poate fi, de asemenea, dezavantajată de dimensiunile sistemului terapeutic, care se extinde între unităţile spitaliceşti ce asigură intervenţia în situaţiile critice şi grupuri sau asociaţii de tip comunitar, alcătuite din persoane care pot avea încă, la rândul lor, dificultăţi în planul eficienţei în rolurile vieţii şi a adaptabilităţii în raporturile sociale.

Pornind de la aceste considerente, structurarea alianţei terapeutice trebuie să aibă toate atributele unui proces elaborat, care, iniţial, are un caracter contractual. Acesta presupune stabilirea de comun acord a scopurilor terapeutice, selectarea nivelului cel mai potrivit şi clasificarea expectaţiilor pacienţilor. În paralel, este obligatorie şi iniţierea unei alianţe relaţionale între pacient şi terapeutul care trebuie să ofere sprijin şi, simultan, să câştige şi să cultive încrederea. Doar împlinirea acestor condiţii poate asigura funcţionarea unei alianţe active, la un nivel profesional care să permită redimensionarea aptitudinilor şi calităţilor pacientului şi cultivarea unor noi trăsături adaptative.

Revenind la subîmpărţirea în clustere a tulburărilor de personalitate, trebuie menţionat faptul că cele aparţinând clusterului A au fost cel mai puţin studiate din perspectiva terapeutic-reabilitativă. Puţinele date cunoscute Maier (1999) arată utilitatea unor doze mici de neuroleptice în controlul ideilor de referinţă ale pacienţilor cu TP schizoidă şi TP schizotipală. Nu există nici un studiu care să evalueze eficacitatea intervenţiilor psihoterapeutice şi socioterapeutice. Pe ansamblu, ele se consideră a fi puţin eficiente pe termen scurt şi ineficiente pe termen lung, în cazul TP schizoide, TP schizotipale şi TP paranoice.

În cazul TP antisociale, dificultatea realizării unei alianţe terapeutice este reală, dar mult argumentată de prejudecăţile corpului medical psihiatric. Tehnicile psihoterapeutice pot fi utile în modelarea unor abilităţi relaţionale şi a lumii valorilor personale. În schimb, terapiile psihofarmacologice nu par să aibă efect decât asupra unor simptome--ţintă, precum impulsivitatea (Cloninger, 2005). Şi în cazul TP de tip borderline – mult mai larg studiată –, psihoterapiile aplicate în programe elaborate pentru mediul intra- şi extraspitalicesc se dovedesc mai utile pe termen lung decât medicaţia normotimizantă sau neuroleptică în doze mici (Oldham *et al.*, 2001).

TP histrionică este abordabilă psihoterapeutic, dar, ca şi TP de tip borderline, poate părăsi oricând relaţia terapeutică şi poate fi dezavantajată de prezenţa asociată a unor alte trăsături de cluster B.

Personalităţile patologice de tip narcisic beneficiază, la rândul lor, de tehnici psihoterapeutice combinate – care le includ mereu pe cele psihodinamice –, atributele stilului narcisic favorizând însă o variabilă şi nuanţată rezistenţă la tratament. Psihofarmacoterapiile sunt negativ percepute de narcisic, ca fiind dăunătoare vieţii intelectuale şi sexuale (Ronningstam, 1998).

Abordarea terapeutică a tulburărilor de personalitate de cluster B rămâne mereu dezavantajată de rata ridicată a comorbidităţii afective şi a consumului abuziv de substanţe psihoactive.

Terapiile cognitive de scurtă durată (Evans *et al.*, 1999), alături ce cele dialectic-comportamentale (Linehan *et al.*, 1991), s-au dovedit eficiente clinic, dar şi statistic în asistarea pacienţilor cu TP de tip borderline şi TP antisocială cu tentative recurente de autovătămare şi suicidare. Ele au fost utile şi în controlul stărilor depresive, al abilităţilor relaţionale şi al funcţionării sociale a pacienţilor respectivi.

Tulburările de personalitate aparţinând clusterului C invocă adeseori intervenţia terapeutică şi beneficiază atât de componenta ei psihofarmacologică, dar şi de cea psihoterapeutică (Tyrer *et al.*, 2003).

Medicaţia antidepresivă, inhibitorii MAO şi inhibitorii recăptării serotoninei – pe termen de doi ani de zile – par să influenţeze pozitiv manifestările de serie dependentă şi evitantă (Ekselius şi von Knoring, 1999)

Terapiile cognitive şi nidoterapiile care vizează refacerea suportului social primar s-au dovedit eficiente în reabilitarea pacienţilor cu tulburări de personalitate de cluster C (Tyrer, 2002).

Pe ansamblu, *tratamentul şi reabilitarea pacienţilor cu tulburări de personalitate integrează o fază intraspitalicească*, cu o durată de până la şase luni de zile, şi una *extraspitalicească*, dominată de terapiile de tip comunitar. Costurile terapiilor de grup din spitalele

psihiatrice le depăşesc cu mult pe cele din centrele comunitare şi, în plus, ridică probleme etice şi dificultăţi de evaluare obiectivă a rezultatelor (McPherson, 1994 ; Dolan *et al.*, 1996).

Factorii ce relativizează acurateţea diagnosticului – vârsta, diversitatea evenimentelor biografice, calitatea integrării în ciclurile vieţii – sunt identici cu cei care – în orice demers terapeutic – interferează cu tentativele de evaluare clinică, psihometrică şi socială a eficienţei intervenţiilor. Deoarece şi tulburările de personalitate au acelaşi fundal numit durată, ca şi personalităţile normale, rolul vârstei pacienţilor devine decisiv în formularea oricărei strategii terapeutice şi în aprecierea nivelului ei de eficienţă.

Trebuie subliniat faptul că abordarea terapeutică a manifestărilor psihocomportamentale ale personalităţilor patologice devine o condiţie fundamentală a eficienţei strategiilor terapeutice, adresate diversităţii episoadelor maladive şi bolilor corespunzătoare Axei I. Aceasta pentru că dimensiunile temperamentale şi caracteriale sunt reconfirmate mereu ca factori prognostici şi reabilitativi de primă importanţă în psihiatrie, dar şi în medicina somatică.

Cunoaşterea şi înţelegerea dinamicii lor ne sprijină pe calea de aur a apropierii de profunzimile suferinţei umane şi, în sens antropologic larg, de asumarea responsabilă a rolului de vindecători ai acesteia.

PARTEA A III-A

REPERE DISSOCIALE ŞI MORALE ÎN PATOLOGIA PERSONALITĂŢII

Capitolul 13

Problema psihopatiei

13.1. Perspectiva istorică

Toate culturile au recunoscut şi identificat anormalitatea unor oameni capabili de crime realizate cu sânge rece sau caracterizaţi de un comportament dissocial malign persistent. Treptat, astfel de cazuri au devenit probleme judiciare ale detenţiei din secolul al XIX-lea şi probleme ale psihiatriei. Primele comentarii în domeniu au remarcat lipsa tulburărilor cognitive, ale „raţiunii", care însoţesc unele comportamente aberante, de unde şi expresia de *folie sans delire* a lui Pinel (delirul semnificând perturbările pe care, astăzi, le numim psihiatrice) sau cea de *moral insanity* a lui Pritchard (1835). În vremea lui Pritchard, s-a dezvoltat şi o psihiatrie morală, mai ales în Germania, prin contribuţiile lui Heinroth, care susţinea principiul conform căruia cauza bolii psihice este păcatul, viciul, abuzul de alcool, sexualitatea, actele imorale (Alexander şi Selesnik, 1972). Această doctrină a dus şi la o teorie a degenerescenţei, potrivit căreia cei ce păcătuiesc au urmaşi taraţi fizic şi moral care adâncesc, de-a lungul generaţiilor, păcatul originar, ducând la demenţă şi idioţie. În Franţa, s-a ajuns să se vorbească despre „degeneraţi superiori", conceptul fiind folosit până târziu în secolul XX, ca echivalent pentru tulburarea de personalitate. Au fost incluşi în patologia degenerescenţei obsesivii,

compulsivii, impulsivii, histrionicii. În Germania, Koch (1891) vorbea de „inferioritatea psihopatică" (*apud* Berrios, 1996). Adepţii teoriei au studiat „stigmatele corporale" ale degenerescenţei, care, la începutul secolului XX, erau descrise cu lux de amănunte în cazul isteriei.

În paradigma degenerescenţei şi în corelaţie cu tradiţiile fisiognomiei apare, la sfârşitul secolului al XIX-lea, doctrina lui Lombroso cu privire la criminalul înnăscut, care ar fi identificabil după forma trupului, a capului şi, mai ales, a feţei.

Tot la interferenţa cu psihiatria forensică se plasează preocuparea lui Krafft-Ebing (*apud* Millon *et al.*, 1998), privitoare la „psihopatia sexuală", în cadrul căreia descrie sadismul, masochismul şi alte perversiuni, toate regăsindu-se şi în câmpul larg al conceptului actual de *psihopatie*, alături de criminalitate.

Sistemul psihiatric al lui Kraepelin (*apud* Millon *et al.*, 1998) preia această tradiţie ; în diverse ediţii ale tratatului său de psihiatrie, sunt descrise stările şi personalităţile psihopate ca expresie a degenerescenţei şi în corelaţie cu celelalte boli psihice. În 1899, stările psihopate sunt descrise ca forme de degenerare împreună cu obsesiile, impulsurile patologice şi perversiunile sexuale. În ediţia din 1904, sunt identificate patru tipuri de persoane ce se corelează cu actualul concept de *psihopatie* : mincinosul patologic şi escroc, criminalul impulsiv, criminalul profesional şi vagabondul morbid. Ediţia din 1915 împarte psihopatia în două clase. Prima e cea a ciudăţeniilor personalităţii – cu dispoziţie morbidă, impulsuri, obsesii şi devianţă sexuală. Celălalt grup se caracterizează prin tulburări comportamentale, incluzând : excitabilul, instabilul, impulsivul, excentricul, mincinosul şi escrocul, antisocialul şi certăreţul.

Punctul de vedere opus e cel a lui Schneider (*apud* Millon *et al.*, 1998) care consideră personalitatea psihopată ca variantă extremă a anormalităţii persoanei, care, din această cauză, suferă şi îi face şi pe alţii să sufere. Deşi comportamentul delictual şi criminal e frecvent în multe cazuri, el nu reprezintă o regulă. Prin ele însele, personalităţile psihopate nu ar fi boli psihice, dar sunt răspândite în populaţia generală, unde pot ocupa poziţii sociale importante, putând fi şi creative. În faţa legii, răspund de faptele lor. Dintre cele 10 tipuri descrise, nici unul nu e centrat doar pe comportamentul antisocial, violent, criminal.

În prima jumătate a secolului XX s-a extins preocuparea faţă de persoanele psihopate sau grav anormale, cu serioase probleme de comportament social, care perturbă viaţa socială (Millon *et al.*, 1998). A apărut chiar termenul de *sociopatie*. În istoria problemei sunt incluşi – citaţi de aceiaşi autori – Birnbaum, Partrdige, Henderson, totul culminând cu lucrarea lui Cleckley, *The mask of insanity* (1941). Tot în afara sistemului azilar s-a dezvoltat şi psihanaliza, care, treptat, a ajuns să se preocupe de tulburările caracteriale prin Abraham, Reich, Alexander (*The Roots of Crime*, 1930) şi Fenichel.

După al doilea război mondial, în SUA s-a organizat standardizarea diagnosticului psihiatric, iar în prima versiune a DSM (1950) apare, în cadrul tulburărilor de personalitate, şi varianta antisocială. Ulterior, s-a impus tendinţa de medicalizare a conceptului de *tulburare de personalitate* şi revenirea la viziunea lui Kraepelin, în sensul că tulburările de personalitate fac parte din bolile psihice. Tipologia lui Schneider a fost acceptată în clasificarea OMS şi în cea americană, tipurile primind treptat denumiri apropiate de patologia psihică. În această perspectivă, tulburările de personalitate centrate pe turbulenţă socială, infracţiuni, violenţă, criminalitate, fiind mai puţin corelate cu o boală mintală clar definită, au fost grupate sub denumirea de *TP antisocială*, respectiv *TP dissocială* în ICD-10. Conceptul de *TP antisocială* din DSM-III şi DSM-IV a fost elaborat din perspectiva constatării unui comportament ce se însoţeşte de încălcarea normelor sociale, a legilor, a drepturilor fireşti ale celorlalţi, a modurilor de raportare interpersonală şi a faptului că tulburarea apare din copilărie. Se reactivează astfel ideea transmiterii genetice a psihopatiei, lansată în secolul al XIX-lea.

TP antisocială, din DSM-IV, şi cea dissocială, din ICD-10, nu se suprapun însă integral în cazul psihopatului lui Cleckley. În plus, manifestările antisociale, violente şi criminale, sunt prezente la majoritatea tipurilor de tulburări de personalitate descrise în sistemele internaţionale. De aceea, în ultimii ani a reapărut interesul pentru această cazuistică, etichetată în general ca *psihopatie*. Psihopatia ar fi o clasă supraordonată şi un cluster special în raport cu toate categoriile de tulburări de personalitate.

Conceptul actual de *psihopatie* este orientat, în linii mari, de subpopulaţia infracţională, penitenciară, care încalcă regulile sociale şi morale, având, de-a lungul vieţii, anumite trăsături de personalitate deviante şi un anumit model de manifestare longitudinal. Grupul nu e unitar, dar agregă anumite tipuri de tulburări de personalitate şi de comportamente. Circumscrierea sa e importantă pentru cercetare şi evaluarea prognosticului şi terapiei. Domeniul e în dezvoltare şi, în ultimele decenii, s-au cumulat deja o serie de doctrine, interpretări, mai ales de psihopatologie developmentală, din aria psihanalizei şi cogniţiei sociale şi, de asemenea, o serie de date observaţionale, studii genetice, de cercetări temperamentale şi neurofiziologice.

Conceptual actual de *psihopatie* este abordat în egală măsură din perspectiva unui tip ideal, a unui prototip, a unui cluster, a reuniunii mai multor subtipuri şi din perspectivă dimensională. Punctul de plecare pentru circumscriere sunt TP antisocială, respectiv TP dissocială, aşa cum sunt descrise în DSM-IV-TR şi ICD-10, precum şi psihopatia lui Cleckley.

13.2. Tulburarea de personalitate antisocială şi psihopatia în viziunea lui Cleckley

Tulburarea de personalitate antisocială din DSM-IV-TR (1994) continuă tradiţia americană a tulburărilor de personalitate sociopate. În ICD-10 (1992), tulburarea echivalentă e denumită *TP dissocială* şi e foarte asemănătoare. Caracteristicile TP antisociale sunt considerate a fi agresivitatea, desconsiderarea şi violarea drepturilor fundamentale ale altor persoane, ale normelor şi regulilor sociale şi debutul în adolescenţă, chiar mai devreme.

Circumscrierea TP antisociale e făcută predominant din perspectiva comportamentală a unor manifestări evidenţiabile, fapt ce face ca identificarea să fie uşor de făcut pe baza criteriilor enunţate, existând şi o mare concordanţă între evaluatori. Acest fapt a făcut ca ea să fie singura tulburare de personalitate inclusă în criteriile de diagnostic operaţional enunţate de Feighner (1972) şi în cele două mari studii epidemiologice populaţionale din SUA : Epidemiologic Catchment Area (ECA) şi The National Comorbidity Survey (NCS).

Accentul pus pe comportamentul infracţional ghidat de normele de convieţuire din ţările euro-atlantice face dificilă identificarea acestei tulburări în alte ţări decât cele din zona Americii şi Europei, fapt ce reprezintă, desigur, o limitare.

La baza descrierii TP antisociale din DSM-III, când s-au despărţit cele două axe, a stat studiul lui Robins (1966), care a urmărit evoluţia în timp a copiilor cu tulburări de conduită. Deşi, în perspectivă prospectivă, nu toate acestea conduc la TP antisocială, se consideră că dezvoltarea tulburării din copilărie ar fi regula şi e presupusă în diagnostic.

Tulburările de conduită ale copilului şi adolescentului sunt descrise ca manifestându-se în patru arii :

- agresiune faţă de oameni şi animale ;

- distrugerea proprietăţii;
- fraudă sau furt;
- violări serioase ale regulilor.

Primele două domenii indică clar manifestarea violenţei, pentru diagnostic fiind menţionate următoarele: 1. situaţii de suferinţă şi tiranizare, ameninţare sau intimidare a altor persoane, comportament insolent; 2. iniţiază adesea bătăi; 3. face uz de arme ce pot cauza o serioasă vătămare corporală a altora (cuţit, armă de foc, cărămidă, băţ); 4. este crud cu oamenii şi/sau cu animalele, făcându-i plăcere să le chinuie; 5. fură confruntându-se cu victima (banditism, atac cu mână armată); 6. forţează pe altul la acţiuni sexuale (inclusiv viol). Agresivitatea faţă de semeni poate merge până la plăcerea sadică de a-i vedea suferind sau chiar până la crimă. Agresivitatea faţă de proprietate se poate manifesta prin distrugeri (de exemplu, incendiere), cu intenţia de a crea un prejudiciu serios, sau prin distrugerea deliberată a unor părţi ale proprietăţii altora (spargerea ferestrelor, vandalism).

Alte şase criterii descriu încălcarea regulilor ce se pot manifesta prin fraudă şi furt: 1. a intra prin efracţie în casă sau pe proprietatea altcuiva; 2. faptul de a minţi pentru a obţine bunuri, favoruri, pentru a escroca pe alţii sau a evita anumite obligaţii; 3. furtul unor lucruri de valoare fără confruntarea cu victima. Se poate constata că o parte dintre aceste criterii presupun, într-un fel sau altul, agresivitatea. Urmează capitolul „violarea serioasă a regulilor", în care, pentru această vârstă infantilo-juvenilă, se menţionează: 4. lipseşte de acasă noaptea; 5. fuge de acasă; 6. chiuleşte de la şcoală. Evident că aceste comportamente sunt specifice vârstei.

Debutul poate fi constant înainte sau după vârsta de 10 ani, iar tulburarea interferează negativ cu integrarea şi performanţele sociale. Se consideră că ea poate fi uşoară, moderată sau severă. Tulburarea de conduită este mai complexă decât opoziţionismul provocator şi

decât sindromul hipercinetic, aceste diagnostice putând fi incluse. Ea este altceva decât retardarea mintală, deşi QI-ul poate fi puţin mai redus. Se exclude şi tulburarea psihotică. Criteriile de diagnostic cer ca cel puţin trei dintre cele 15 criterii să fie prezente în ultimele 12 luni, iar cel puţin un criteriu, prezent în ultimele şase luni. Durata ar putea fi un element de diferenţiere – alături de altele – a episoadelor afective, mai ales hipomaniacale.

Se menţionează prezenţa frecventă a lipsei empatiei, a preocupării pentru sentimentele, dorinţele şi bunăstarea altora, lipsa de trăire a culpei, a remuşcării. Uneori, subiectul afirmă vinovăţia pentru a reduce din pedeapsă, dar, de obicei, aruncă vina pe alţii şi îşi denunţă tovarăşii. Stima de sine este, de regulă, scăzută deşi afişează o imagine de „demnitate". Există o toleranţă redusă la frustrare. Tinerii cu tulburări de conduită sunt instabili, cu frecvente acuze de furie. Uneori percep eronat intenţiile altora ca fiind ostile şi mai ameninţătoare decât în realitate.

Aspectele psihologice menţionate mai sus, alături de potenţialul agresiv major, fac astfel încât – dacă trăsăturile respective se prelungesc şi la vârsta adultă – persoana să fie mai puţin egosintonă, sigură de sine şi fermecătoare social decât psihopatul descris de Cleckley.

În perspectivă developmentală, cei cu tulburări de conduită au deseori un debut precoce al comportamentului sexual, al consumului de alcool, fumatului, uzului de substanţe ilicite şi al actelor imprudente şi riscante. Ca o consecinţă, pot rezulta traumatisme, infecţii etc. Conduitele suicidare sunt mai frecvente. Procesul educaţional se realizează dificil sau distorsionat. Comportamentul delictual se poate amplifica progresiv.

Constructul DSM-IV al TP antisociale a adultului este unul destul de compozit. El se centrează pe agresivitate, impulsivitate, delictualitate, iresponsabilitate. Există şi aspecte polare şi, aparent, contradictorii. Pe de o parte, e evidentă o variantă egosintonă cu buna sociabilitate, pe de altă parte, trăiri disforice, de tip egodiston. Primul aspect şi,

în general, încadrarea în clusterul B – extrovertit, flamboiant – sugerează apropieri față de TP de tip borderline și TP narcisică. Varianta morocănoasă, disforică înclină spre depresivul iritabil, impulsiv și suspicios. Grandiozitatea ar putea fi o trăsătură de tip narcisic. Suspiciunea sugerează interferențe cu paranoidul, iar anafectivitatea îl apropie de schizoid. Ambiguitatea categoriilor e, de altfel, o caracteristică pentru întreg sistemul categorial pluritetic al DSM-IV, construit prin votul unei echipe de experți care încearcă să împace mai multe orientări.

Psihopatia în viziunea lui Cleckley

În 1941 a apărut cartea lui H. Cleckley, *The mask of sanity*. În ea este descris și discutat un anumit tip de persoană anormală, din seria etichetată ulterior ca *personalitate antisocial-sociopată*. Decupajul tipologic făcut de Cleckley este unul particular și nu acoperă decât o parte din ceea ce s-a considerat până atunci (și se va considera ulterior) ca persoană psihopată. Profilul simptomatologic este descris pregnant, utilizându-se prezentări de cazuri convingătoare. E prezentat un tip de om activ și deseori performant în societate, dar care are importante deficiențe în relațiile interpersonale și în respectarea normelor sociale și morale, un om ce nu-și creează un drum ordonat și statornic în viață, deși poate fi acceptat și apreciat social în multe medii. Aspectul esențial este sociabilitatea cuceritoare care creează o mască de om normal, sănătos, în spatele căreia sunt prezente multiple deficiențe, în primul rând semantice, de înțelegere a unor noțiuni ca responsabilitatea, generozitatea. Psihopatul lui Cleckley nu are trăsăturile și caracteristicile tipurilor lui Kraepelin (excitabil, instabil, impulsiv, excentric, cverulent) și nici chiar ale celui antisocial (inamic al societății, distructiv, amenințător, turbulent, criminal). De asemenea, nu are nici caracteristicile unor tipuri descrise de Schneider : astenicul, depresivul, nesigurul de sine, apaticul sau fanaticul. Chiar în raport cu ceea ce s-a conturat ca personalitate antisocială, respectiv dissocială –

așa cum sunt acestea descrise în DSM-IV și ICD-10 –, există diferențe, lipsind caracteristicile explicite de agresivitate majoră și continuă, de ignorare gravă și sistematică a normelor de conviețuire și legale.

Psihopatul lui Cleckley este caracterizat de autor ca fiind activ, independent, sociabil, plăcut și convingător în relația cu alții, având un farmec superficial și o bună inteligență ; este stăpân pe sine, sigur, fără nervozitate sau simptome de serie nevrotică. Lipsesc, de asemenea, delirul și semnele de gândire irațională. Are o bună inteligență socială și este abil în a rezolva probleme interpersonale în folosul său. Față de aceste caracteristici ce-i asigură un succes social – cel puțin limitat –, el este, pe de altă parte, un om complet lipsit de sinceritate, în care nu te poți încrede, un om fără sentimentul rușinii și al remușcărilor, care are un comportament antisocial inadecvat și care nu învață din experiență. Relațiile sale interpersonale sunt deficiente în sensul egocentricității și a incapacității de a iubi, având o sărăcie accentuată în relațiile afective. Nu-și dă seama și nu înțelege faptul că manifestările sale sunt neadecvate. La acestea se adaugă consumul necontrolat de alcool și droguri, comportamentele parasuicidare, o viață sexuală impersonală, trivială și puțin integrată, precum și incapacitatea de a urmări un plan general de viață.

Psihopatul, așa cum e descris mai sus, poate avea succese în diferite domenii sociale. Sunt expuse exemple de medici, psihiatri, avocați, oameni de știință și de afaceri, „oameni de lume", situații în care psihopatia e deghizată, făcând destule victime. Autorul consideră că există patologie la acest nivel, că psihopatia integrată social și cea din domeniul juridic au la bază deficiențe mascate. Căci – susține autorul – sănătatea, incluzând-o pe cea mintală, este un concept proteiform larg. Există o mască a sănătății (acesta este și titlul cărții : *The mask of sanity*) care nu trebuie să demobilizeze psihiatrii.

Cleckley consideră că la mijloc e o patologie, pe care încearcă să o circumscrie prin comparație cu tulburările pronunției și înțelegerii

limbajului, cu afazia. Trimiterile sale sunt la opera lui Head, la o formă superioară de afazie, cea semantică. Ar fi vorba de o incapacitate constituţională, structurală, bazată organic-cerebral, de a înţelege unele semnificaţii, cum ar fi cele de responsabilitate, vinovăţie, ruşine, alături de semnificaţia prieteniei, dragostei, grijii faţă de semeni.

Psihopatul circumscris de Cleckley a rămas un tip de referinţă. El este construit în mare măsură categorial, prototipic, nu dimensional. Mai mult, stilul de abordare şi circumscriere pleacă de la cazuistică şi se întoarce la ea, surprinzând ceva esenţial pentru o categorie – în sensul în care în fenomenologie se vorbeşte de intuirea esenţei şi de „tipul ideal". Este vorba de decuparea şi cercetarea unui tip pregnant relativ uşor de identificat, dar mai mult în manieră intuitivă, cu minime criterii operaţionale. De asemenea, pentru a se evidenţia trăsăturile comune şi diferenţele faţă de alte tipuri, lipseşte plasarea sa într-un context, într-un cadru mai general al tulburărilor de personalitate, al tradiţionalelor personalităţi psihopate.

Importanţa istorică a demersului lui Cleckley constă în faptul că a atras atenţia asupra psihopatului ca persoană, care este, în acelaşi timp, delictuală (o problemă juridico-psihiatrică), deficientă psihologic în anumite arii (deci o problemă psihiatrică) şi inserată destul de bine social (problema „mascării" sociologice a psihopatului).

Ulterior, Hare (1986) a operaţionalizat itemii de caracterizare a psihopatiei lui Cleckley. La origini, acesta identificase 16 caracteristici de bază. Hare a construit o listă – *checklist* – cu 22 de itemi, reduşi ulterior la 20, care să identifice „psihopatia" ca prezenţă şi intensitate (Psychopathic Checklist Revised – PCL-R; Hare, 1992; 1996).

Itemii cuprinşi în PCL-R sunt: 1. farmec, şarm superficial; 2. grandiozitate (sentimentul de capacităţi sporite, supraevaluate, aroganţă); 3. nevoia de stimulare continuă; 4. minciuna patologică; 5. manipularea semenilor; 6. lipsa remuşcărilor sau a vinovăţiei; 7. afect superficial; 8. răceală interpersonală şi lipsa empatiei; 9. stil de viaţă parazitar; 10. slab autocontrol comportamental; 11. comportament sexual promiscuu; 12. probleme comportamentale timpurii (de la vârste fargede); 13. lipsa unor scopuri relevante pe termen lung; 14. impulsivitate; 15. iresponsabilitate; 16. refuzul de a accepta responsabilitatea pentru propriile acţiuni; 17. relaţii maritale scurte, repetate; 18. delincvenţă juvenilă; 19. recidivism infracţional; 20. versatilitate criminală.

Harpur şi Hakstian (*apud* Hare *et al.*, 1990) au condus o analiză factorială detaliată a itemilor din PCL, care au convers spre identificarea a doi factori majori. Factorul 1 se referă mai ales la trăsăturile de personalitate pe care subiectul le afirmă în timpul interviului, evidenţiind o persoană încrezătoare în sine, rece sub aspect afectiv şi care se foloseşte de semeni fără remuşcări. Factorul 2 s-ar referi mai ales la comportament, bazându-se predominant pe informaţii din dosarul individului, evidenţiind un stil de viaţă în mod cronic instabil şi antisocial.

Tabelul 13.1. *Analiza factorială a itemilor din PCL (Hare, 1990)*

Factorul 1		**Factorul 2**	
2	Sens grandios al sinelui	15	Iresponsabilitate
4	Minciună patologică	13	Lipsa unor scopuri realiste pe termen lung
5	Manipularea altora	9	Stil de viaţă parazitar
6	Lipsa remuşcărilor şi vinovăţiei	12	Probleme comportamentale timpurii
8	Lipsa empatiei	18	Delincvenţă juvenilă
16	Neacceptarea responsabilităţii pentru propriile acţiuni	19	Recidivism
1	Farmec, şarm superficial	14	Impulsivitate
7	Afect superficial	3	Nevoie de stimulare
		10	Slab control comportamental

Psihopatia, aşa cum poate fi ea circumscrisă prin PCL-R, poate fi relativ uşor de identificat, cu o bună concordanţă între diagnosticieni. Ea este însă un construct ce rezultă parţial din instrument. În raport cu tipurile de tulburări de personalitate descrise categorial în DSM-IV, această „psihopatie" este o dimensiune de personalitate supraordonată, un „cluster" care cuprinde trăsături ce se regăsesc la mai multe tipuri. În afară de personalitatea antisocială, trăsăturile descrise se mai găsesc şi la histrionic – şarm superficial, nesinceritate, egocentricism, manipulare –, la narcisic – grandiozitate, lipsa empatiei, exploatarea altora – la personalitatea de tip borderline – impulsivitate, gesturi suicidare – şi la paranoid – neîncredere.

S-ar mai putea discuta despre interferenţa psihopatului cu o tulburare de personalitate „hipomaniacală", multe dintre manifestări fiind congruente cu un tip ce ar avea astfel de trăsături. Din păcate, în prezent, foarte puţini specialişti acceptă tipul maniacal de tulburare de personalitate, care, totuşi, a fost discutat în psihiatria germană clasică, mai întâi de Schneider, sub forma psihopatului hipertim, apoi de către von Zerssen, în tradiţia cazurilor de „manie cronică" şi prin opoziţie cu *tipus melancolicus* a lui Tellembach. E posibil ca particularităţile socioculturale ale lumii actuale care promovează sociabilitatea, iniţiativa continuă, acţiunea, afirmarea, proiectele îndrăzneţe, manifestarea, decizia rapidă, performanţa etc. să mascheze existenţa acestui tip, în măsura în care el nu ajunge la agresivitate şi infracţiuni. Oricum, faptul că psihopatul descris de Cleckley acoperă trăsături prezente la mai multe categorii de tulburări de personalitate pledează pentru o abordare mai mult dimensională decât categorială a acestuia, deşi, iniţial, el a fost descris în stil categorial.

13.3. Domeniul general de caracterizare a persoanei psihopate şi subtipuri de psihopatie

Dincolo de unele tipuri ce beneficiază de descrieri prototipice politetice, precum TP antisocială sau psihopatul descris de Cleckley, există un consens de circumscriere a unui domeniu de manifestare aberantă a unor personalităţi anormale, cu important impact negativ în relaţiile interpersonal-sociale şi cu manifestări delictuale şi criminale. Această zonă a „psihopatiei" este variat descrisă şi caracterizată, dar ansamblul termenilor utilizaţi se agregă într-o anumită zonă, astfel încât se poate vorbi de un „aer de familie".

Persoanele din „zona psihopatiei" sunt descrise, de obicei, ca dominante şi manipulative, sigure de sine şi egosintone, cu o bună părere despre sine, cu un potenţial agresiv ridicat, impulsiv-explozive şi lipsite de frică. Manifestarea faţă de alţii e deseori agresivă, violentă în diverse modalităţi, uneori cu tendinţa de a batjocori şi umili. Psihopaţii manifestă deseori ură, ostilitate, sunt suspicioşi, dar şi lipsiţi de afectivitate şi empatie. Se mai notează lipsa remuşcării şi responsabilităţii. Această descriere, precum şi utilizarea unor epitete asemănătoare, acoperă domenii precum: atitudinea faţă de sine şi de alţii, afectivitatea relaţională, acţiunea negativă asupra altora în sens de agresivitate, manipulare, chinuire, lipsa dimensiunii morale. În jurul acestor caracteristici se poartă o serie de discuţii şi se fac comentarii. Se poate trasa chiar şi o schemă.

Tabelul 13.2. *Tablou schematic standard al caracteristicilor psihopatului*

<table>
<tr><th>Dispoziţia afectivă</th><th>Atitudinea faţă de sine</th><th>Atitudinea faţă de alţii</th><th>Comportamentul faţă de alţii</th><th>Caracteristici morale</th></tr>
<tr><td rowspan="6">Euforică
Instabilă
Morocănoasă
Depresivă
Anxioasă</td><td>Egosintonie
Egocentrism
Grandiozitate
Siguranţă de sine</td><td>Dominare
Manipulare
Exploatare</td><td>Decizie rapidă
Impulsivitate
Explozivitate
Violenţă
Lezare, vătămare</td><td>Lipsa de :
Generozitate
Milă
Ruşine
Culpă
Remuşcare</td></tr>
<tr><td colspan="3">Agresivitate</td></tr>
<tr><td>Anafectivitate
Lipsa empatiei
Lipsa emotivităţii şi a fricii

Trăsături psihologice constante</td><td>Desconsiderare
Dispreţ
Ură
Suspiciune
Opoziţie
Raportare faţă de ceilalţi</td><td rowspan="2">Intimidare
Chinuire
Brutalizare
Umilire</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">Deficienţe în identificare</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ataşament, introjecţie, reprezentarea altora în sine, relaţii obiectuale</td><td>Încălcarea normelor</td><td>Deficit în înţelegerea semantică a valorilor</td></tr>
<tr><td colspan="4">Deficienţe de planificare a vieţii ; nu învaţă din experienţă şi pedepse ; intelect în limitele normale</td></tr>
</table>

Un tablou ca cel de mai sus nu e nici complet, nici întru totul coerent. El ne plasează totuşi într-un univers antropologic anume, într-o familie lingvistic-conceptuală care indică o zonă de realitate umană.

„Psihopatia" este un construct teoretic, psihopatologic, cu referinţă la problematica tulburărilor de personalitate. Din acest punct de vedere, el este similar cu întreaga nosologie psihiatrică, cu circumscrierea generală a tulburărilor de personalitate şi cu cea a diverselor tipuri de tulburări de personalitate, care, toate, sunt constructe teoretice ce se referă, desigur, la o realitate dată sau eventuală. În raport cu descrierile prototipice categoriale ale tulburărilor de personalitate, constructul psihopatiei este însă cel mai larg şi mai vag, asemănându-se cu clusterele din DSM-IV.

13.3.1. *Subtipuri de psihopatie*

În măsura în care se acceptă un domeniu de agregare – sau un cluster – al persoanei psihopate – distinctă de TP antisocială (dissocială) sau de alte tipuri categoriale –, apar în discuţie şi variante sau subtipuri ale acesteia. Ele au fost abordate mai ales din perspectiva populaţiei penitenciare, a celor ce au comis infracţiuni grave, care au ajuns în locuri de detenţie de maximă siguranţă, dar şi din perspectiva unor psihopatologi interesaţi de infracţionalitate, în general, sau orientaţi spre antropologie, preocupaţi de varietatea umană din societatea modernă.

Subtipurile lui Lykken şi Blackburn

Lykken (*apud* Millon *et al.*, 1998) distinge *psihopatul primar* – pe care îl consideră condiţionat în mare măsură genetic – de *psihopatul secundar* sau „sociopat", în structura căruia influenţele familiale şi, în general, cele psihosociale joacă un rol major. Psihopatul primar ar avea disfuncţii ale lobului frontal şi, în mare măsură, i se transmite genetic un temperament aparte, lipsit de reacţii de frică şi puţin influenţabil prin educaţie, detenţie şi psihoterapie. El nu ar avea un echipament neurofiziologic destul de dezvoltat pentru a prelua cogniţia socială bună, parentală şi educaţională, dar preia cu uşurinţă modele impulsive sau de indiferenţă afectivă. Sociopatul e un caz mult mai frecvent. La acest nivel, intervine responsabilitatea educativă a

părinţilor, pentru a evita transmiterea transgenerațională a comportamentelor dissociale.

Blackburn studiază populaţia din penitenciarele de maximă siguranţă, selectându-i pe cei care au comis acte antisociale grave şi care prezintă tulburări de personalitate. El dezvoltă un instrument de studiu special (Special Hospitals Assessment of Personality and Socialisation – SHAPS) şi diferenţiază patru subtipuri ale psihopatului 1. *psihopatul primar* (P – impulsiv, agresiv, ostil, extrovertit, încrezător în sine, cu nivel scăzut de anxietate); 2. *psihopatul secundar* (S – ostil, impulsiv, agresiv, anxios social, retras, cu scăzută stimă de sine); 3. *psihopatul controlat* (C – defensiv, controlat, sociabil, lipsit de anxietate); 4. *psihopatul inhibat* (I – retras, controlat, ruşinos, moderat anxios, cu stimă de sine scăzută) (Blackburn, 1975; 1987). Aceste grupe de indivizi cu tulburare de personalitate, care au comis grave şi, uneori, repetate acte antisociale cuprind diverse tipuri categoriale de tulburări de personalitate. În grupul P predomină cei narcisici, histrionici şi antisociali; în grupul S, antisocialii, pasiv-agresivii, evitanţii, schizotipalii. În acest sens, psihopatia e circumscrisă mai mult din perspectiva dissocială a comportamentului agresiv şi criminal, ca un superfactor. Autorul optează pentru o înţelegere dimensională a tulburărilor de personalitate, mai ales în perspectiva circumplexului interpersonal. De fapt, în criminologie este afirmat insistent faptul că actele violente şi crima ţin, în bună măsură, de împrejurări şi de dinamica relaţiilor interpersonale dintre agresor şi victimă, şi nu doar de personalitatea agresorului. Această problemă e studiată de victimologie (Pyrozynski, 1989).

Psihopatul sadic şi criminalul monstruos

Existenţa unor cazuri de crime sadice şi de criminali în serie care îşi mutilează victimele a surprins constant societatea şi pe criminologi. Aceasta cu atât mai mult cu cât mulţi dintre aceştia nu prezentau o boală psihică definită şi nici tulburări de personalitate încadrabile în

categoriile clasice, nici măcar în cea antisocială. De la descrierile lui Kraft Ebing, din secolul al XIX-lea, şi până către sfârşitul secolului XX, psihiatria legală a studiat aceste cazuri fără a clarifica prea mult problema. A fost utilizată noţiunea de *psihopat* (TP) *sadic*, care a fost prezentă în DSM până la ediţia a III-a. Există proiectul ca această categorie să fie reintrodusă în DSM-V, dar ea lipseşte din DSM-IV. Psihopatul sadic s-ar caracteriza prin dominarea şi manipularea altora, plăcerea de a-i face să sufere, intimidare, chinuire, agresare, violenţă (Stone, 2005). Un aspect aparte e sadismul sexual, în care plăcerea e obţinută prin chinuirea partenerului. Conform comentariilor clasice, acesta ar face cuplu cu parteneri masochişti, care obţin satisfacţie sexuală atunci când sunt chinuiţi. Cuplul sado-masochist se poate constitui însă şi fără conotaţii sexuale directe. Există descărcări agresiv-impulsive, dar şi o deosebită elaborare în comportament pentru a pregăti actele, a selecta victimele şi a acoperi manifestările criminale. Criminalii şi violatorii în serie, chiar dacă nu îşi chinuie victimele, s-ar asimila acestei categorii. Agresivitatea şi inafectivitatea lor îi apropie de schizoizi, dar nu sunt izolaţi social şi apragmatici ca aceştia. Cazuistica, deşi nu foarte frecventă, e surprinzătoare, deoarece modelul comportamental nu se regăseşte în biologie. Pe de altă parte, manifestările par a fi mai mult condiţionate genetic decât învăţate. Această cazuistică reactualizează problematica discutată de Lombroso, desigur fără tema stigmatelor corporale. Din perspectiva comportamentului sadic şi al criminalităţii în serie – problemă ce se corelează, evident, cu tulburările de personalitate şi cu psihopatia, dar ca o categorie aparte –, Stone a întocmit, în 1993, o listă de gradare a actelor criminale, de la cele reactive până la cele evident sadice, în care criminalul îşi torturează victimele (Stone, 1989). Autorul consideră, în consens cu toţi specialiştii, că psihopatul sadic nu poate avea, din motivul unui eventual diagnostic psihiatric, circumstanţe atenuante. În continuare, sunt prezentate câteva aspecte ale listei lui Stone.

Tabelul 13.3. *Scala prescurtată a actelor şi persoanelor criminale (după Stone)*

1. Persoane care au ucis, dar care nu sunt criminali: cei care au ucis pentru a se apăra şi care nu prezintă psihopatie.
2. Ucigaşii din gelozie, ne-psihopaţi, care au comis „crime pasionale".
3. Companioni (complici) de bunăvoie cu criminalul, persoane impulsive, cu unele trăsături antisociale.
4. Persoane traumatizate (abuzate), care ucid rudele abuzatoare sau alte persoane (de exemplu, cei care ucid pentru a face rost de droguri) şi care manifestă remuşcări.
5. Criminali impulsivi, care nu prezintă psihopatie.
6. Ucigaşii cu trăsături psihopate clare, care îi ucid „pe cei ce le stau în cale".
7. Psihopaţii avizi de putere, care ucid când sunt „încolţiţi".
8. Psihopaţii care îşi planifică acţiunile, nemiloşi şi egocentrici.
9. Ucigaşii psihopaţi ce comit crime multiple cu sânge rece.
10. Criminalii psihopaţi ce îşi torturează victimele, tortura fiind mobilul principal.
11. Psihopaţii criminali şi torţionari, la care tortura este principalul mobil (majoritatea, dar nu toţi, sunt criminali în serie).

Subtipuri ale psihopatiei în opinia lui Millon

Conform concepţiei sale asupra tulburărilor de personalitate, Millon (1998) descrie, 10 subtipuri ale psihopatului, cu precizarea că observaţiile vin din practică, iar numărul de 10 nu e unul finit. Aceste tipuri sunt:

- Psihopatul lipsit de scrupule (*unprincipled*) s-ar dezvolta pe fondul TP narcisice; e deseori certat cu legea şi rareori ajunge la psihiatrie. Exhibă un sens arogant al valorii de sine şi indiferenţă faţa de binele altora. Exploatează pe alţii şi aşteaptă o recunoaştere şi consideraţie socială specială, fără să-şi asume responsabilităţi şi ignorând drepturile altora. Relaţia cu alţii e lipsită de scrupule, amorală şi înşelătoare. Îi exploatează pe ceilalţi şi îi umileşte, îi escrochează, îi dispreţuieşte. Este abil în influenţarea socială a altora, este captivant în discuţii, poate fi fermecător şi afişează o mască de inocenţă.
- Psihopatul nesincer (*disingenous*) se aseamănă cu TP histrionică. Este aparent sociabil, căutând să atragă atenţia altora, având nevoie mereu de excitaţie, cu comportamente seductive, dar relaţiile sunt superficiale şi trecătoare, manifestându-se impulsiv şi cu resentimente. Este nestatornic, necinstit, incorect, nesincer şi calculat. Inventează uşor, încercând să convingă pe alţii de lucruri ireale. E indulgent cu sine. Nu admite responsabilitatea personală şi îi blamează pe alţii. Dincolo de aparenţa sociabilă şi plăcută, poate avea izbucniri de furie dacă îl nemulţumeşte ceva.
- Psihopatul impulsiv (*risk-taking*) se angajează impulsiv în acţiuni riscante, nu pentru câştiguri materiale sau reputaţie, ci pentru a se excita şi a resimţi sentimentul că trăieşte din plin. Comportamentul său riscă să aibă consecinţe fizice grave. Nu are simţul autodisciplinei şi trăieşte în mod hiperactiv prin acţiuni hazardate. Nevoia sa bazală e de stimulare şi aventură, de obicei nefiind răzbunător, dar comportându-se iresponsabil. Teoretic, poate fi plasat între TP antisocială şi histrionică.
- Psihopatul resentimentar (*conventous*) este un activ exploatator al semenilor, cu sentimente de ură, nemulţumire, răzbunare, având un permanent sentiment de frustrare, sentimentul că nu i s-a dat niciodată ceea ce ar fi trebuit să i se dea: dragoste, prestigiu, bunuri. De aceea, simte mereu un gol interior şi, asemenea animalelor flămânde, îşi urmăreşte prada, exploatându-i pe alţii, fără reţineri în a-şi însuşi bunurile lor. Este egofil, indulgent cu sine, fără compasiune faţă de alţii, de care profită cu orice ocazie, exhibând un fel de răzbunare continuă. E foarte asemănător psihopatului antisocial.
- Psihopatul nesigur-amorf (*spineless*) comite acte agresive pentru că se simte tot timpul nesigur, vulnerabil, pe cale de a fi atacat. De aceea, comportamentul său agresiv are semnificaţia unor acte

contra-fobice. În fantezia sa apar mereu inamici puternici, agresivi, sadici, faţă de care simte că trebuie să se apere. Prin comportamentul său îi încurcă, de obicei, pe alţii. Unii se înrolează în armată pentru a se simţi în siguranţă. Din această categorie s-ar recruta o bună parte dintre „executanţii" puterilor totalitare. Poate fi considerat un derivat al TP evitante.

- Psihopatul exploziv e caracterizat de apariţia bruscă şi imprevizibilă a unor stări de ostilitate explozive. Acestea se manifestă, de obicei, asupra persoanelor apropiate. Este încărcat de resentimente, iar ostilitatea explozivă semnifică, uneori, o descărcare a unor sentimente de umilire şi degradare. Uneori, raptusurile agresive se produc în raport cu persoane simbolice care îi apar ca reprezentanţi ai celor ce i-au făcut rău sau i-au vrut răul. Manifestă o inabilitate de a transpune în limbaj trăirile nefavorabile, care, şi ea, îl poate apropia de unele forme ale TP de tip borderline.
- Psihopatul abraziv (cverulent) este în permanenţă certăreţ şi conflictual; oriunde poate găsi prilejuri de a-şi descărca iritabilitatea sau de a induce cazuri litigioase. Deşi unii cverulenţi susţin că luptă pentru principii înalte, acest tip de psihopatie se asociază cu TP paranoică. Se plasează mereu în opoziţie şi îi contrazice pe alţii.
- Psihopatul vindicativ (malevolent) este în permanenţă ostil şi vindicativ, neîncrezător, combativ, cu intenţia dominantă de a-şi lua revanşa pentru un tratament nefavorabil, real sau imaginar. Are tendinţa de a se răzbuna, a distruge şi pedepsi pe alţii, de a-i brutaliza. Ţine să controleze, să domine şi e plin de resentimente. Nu are sentimentul vinovăţiei şi al remuşcărilor, fiind apropiat de TP paranoică şi sadică.
- Psihopatul tiranic este cel mai crud şi mai de temut subtip. Mereu îi atacă pe alţii, îi intimidează, îi acuză, fiind abuziv şi distructiv. Este stimulat de rezistenţa victimei pe care se străduieşte să o facă să se supună. Pot fi brutali fizic sau agresivi verbal, dominând şi înjosind victima. Comportamentul abuziv şi violent îi apropie de TP sadică. Deseori, e calculat şi rece, îşi alege victima şi îi caută slăbiciunile. Are o mare satisfacţie în a vedea cum victima suferă, cum îi inspiră teroare şi o intimidează. Vrea ca victima să simtă că îi este superior şi să nu bănuiască faptul că are propriile insecurităţi şi, uneori, o stimă de sine scăzută.
- Psihopatul malign este o persoană orientată autocratic spre putere, neîncrezătoare, plină de resentimente faţă de alţii, cu permanente tendinţe răzbunătoare, bazându-se, dacă e nevoie, pe un calcul rece al situaţiilor, corelabil cu TP paranoică. Resimte în permanenţă nevoia de a-şi proteja propria autonomie, fiind mereu convins că alţii vor să-l supună autorităţii lor. Efortul său principal este de a abuza continuu de alţii, de a-i tiraniza, de a le fi ostil, de a-i pedepsi, manifestând aroganţă şi brutalitate, intimidându-i în permanenţă. Îi consideră pe toţi ceilalţi – printr-un mecanism psihologic de proiecţie – ca răi şi răuvoitori. Atitudinea faţă de semeni este cea de ostilitate, imaginându-şi că aceştia ar vrea să-l persecute, să-l intimideze, să-l distrugă. E frecvent prezent un sentiment de grandiozitate şi fanatism.

Maniera în care Millon îşi prezintă subtipurile atrage atenţia asupra faptului că o caracterizare generică a psihopatiei – un „portret-robot" aşa cum s-a încercat mai sus – e un demers util, dar relativ. Tulburarea „psihopatică" nu se poate constitui într-o categorie definită, bine circumscrisă şi distinctă de celelalte categorii. Încercarea DSM (şi ICD) de a descrie o TP antisocială (dissocială) acoperă o zonă de realitate, dar lasă problema deschisă. Circumscrierea strict medical-psihiatrică a tulburărilor de personalitate în direcţia reactivării încercării lui Kraepelin nu e posibilă. Definirea lui Schneider este generică şi vagă, imposibil de operaţionalizat. Criteriul infracţionalităţii este şi el relativ, existând o mare categorie de delicte – ca să nu vorbim de infracţiuni mai puţin importante – care sunt condiţionate circumstanţial sau nu sunt dependente de distorsiunea personalităţii.

Criteriul imoralităţii sau al lipsei dimensiunii morale, deşi e real şi a fost mereu invocat – inclusiv prin termenul *anetopatie* –, nu poate fi operaţional în mijlocul vieţii sociale, mai ales în societatea contemporană. Este, desigur, important să se ţină seama de toţi aceşti factori, încercându-se formularea de prototipuri sau domenii de agregare, fără pretenţia unei definiri stricte. De asemenea, rămâne valabil studiul cazuistic şi, odată cu el, descrierea unor subtipuri cu grade variate de generalitate. Colecţiile cazuistice nu şi-au pierdut valabilitatea şi rămân la fel de utile ca şi configurarea prototipică şi abordările dimensionale. Oricum psihiatrii, mai ales cei ce se preocupă de tulburările de personalitate, cultivă în ultimul timp prezentarea comentată de cazuri-tip, descrierea detaliată de cazuri-prototip ca un contrabalans faţă de simpla circumscriere a categoriei prototipice în manieră politetică, prin enumerarea unui număr de criterii.

13.4. Comportamentul dissocial şi psihopatia în perspectivă dimensională

TP antisocială, psihopatia în opinia lui Cleckley şi, în general, persoana psihopată, în înţelesul actual, au fost analizate şi din perspectiva sistemelor dimensionale de evaluare a personalităţii.

Corespunzător modelului celor cinci mari factori (FFM), Widiger (Widiger şi Lynam, 1989) analizează cum psihopatul identificat prin PCL-R Hare se caracterizează printr-o redusă agreabilitate (antagonism crescut) şi o redusă conştiinciozitate. Autorii trec în revistă toţi cei 20 de itemi ai scalei PCL-R şi îi comentează din punctul de vedere al celor 30 de faţete ale scalei NEO-PI-R, găsind că factorul 1, cel ce se referă la modul de a se manifesta al persoanei, e exprimat cel mai bine prin antagonism, iar factorul 2, care integrează comportamentul antisocial, de antagonism şi scăderea conştiinciozităţii. De asemenea,

multe aspecte ale extroversiei pot fi identificate ca prezente. Dacă se iau în considerare şi alte variante ale psihopatiei, aşa cum fac Likket şi Blackburn, atunci se pot întâlni şi trăsături de nevroticism. În orice caz, se constată un continuum al aspectelor normale ale personalităţii, aşa cum sunt prezentate acestea în FFM.

Din perspectiva celor trei superfactori prezentaţi de Eysenck (1989), trăsăturile psihopatului, care se corelează cu criminalitatea, sunt, de asemenea, descrise prin dimensiunile prezente în sistem şi care se distribuie ca un continuum între normal şi anormal. Acestea se pot corela în primul rând cu psihoticismul (unul dintre cei trei superfactori ce se caracterizează prin faptul de a fi antisocial, rece afectiv, egocentric, impersonal, impulsiv) şi, parţial, cu extroversia (caracterizată prin felul de a fi sociabil, vioi, activ, asertiv, amator de senzaţii tari). Eysenck subliniază că înclinaţia spre comportament dissocial şi crimă – care e parţial biologică – este mediată prin intermediul temperamentului, iar între normalitate şi psihopatie există un continuum.

Blackburn (1959) a studiat infractorii cu tulburări de personalitate aflaţi în detenţie specială. El a aplicat modelul circumplexului interpersonal, ce are ca axe ortogonale dominaţia *vs* dependenţa şi cooperarea *vs* ostilitatea. Prin cercetări personale efectuate cu un instrument de investigare propriu, ajunge la concluzia că marea majoritate a cazuisticii sale se plasează în cadranul dintre dominare şi ostilitate, în zona atitudinii coercitive – pe axa coercitiv-compliantă. Autorul subliniază faptul că psihopatia e interpretabilă dimensional, inclusiv prin FFM.

Cloninger (2005), în cadrul sistemului său dimensional temperamental-caracterial de interpretare a personalităţii normale şi patologice prin şapte factori (prin intermediul instrumentului TCI), evaluează şi TP antisocială. Aceasta se caracterizează, temperamental, printr-o crescută dependenţă de recompensă, iar caracterial, prin dificultăţi

atât în ceea ce priveşte autodirecţionarea, cât şi cooperativitatea. Autotranscendenţa ar fi variabilă. Pe baza teoriei sale dimensionale, autorul imaginează un sistem tridimensional pe care îl figurează sub forma unui cub. TP antisocială e plasată într-un pol în raport cu care se află în vecinătate explozivul (borderline), pesimistul (histrionic) şi independentul (schizoid). Este, de asemenea, subliniată continuitatea dintre TP antisocială şi normalitate.

Cercetătorii care au creat sisteme de înţelegere şi identificare dimensională a tulburărilor de personalitate pornind din aria psihopatologiei şi a tradiţiei studiilor în această direcţie au descoperit, de asemenea, printre principalii superfactori (sau clustere) ai tulburărilor de personalitate manifestările antisociale, care sunt principala caracteristică a psihopatului.

Tyrer, care şi-a dezvoltat cercetările înainte de 1980 şi le continuă şi în prezent, a identificat 13 tipuri de tulburări de personalitate care se grupează în patru categorii (clustere), denumite schizoid, anancast, pasiv-dependent şi sociopatic. Ultimul include TP impulsivă, senzitiv-agresivă şi, parţial, pe cea histrionică.

Livesley care a creat un instrument de diagnostic dimensional al tulburărilor de personalitate, care se bazează pe 18 trăsături şi care a pornit, de asemenea, de la preluarea tradiţiei psihopatologice în domeniul tulburărilor de personalitate, în urma prelucrării datelor cercetării ajunge la concluzia că domeniul tulburărilor de personalitate se distribuie în patru clustere dominate de dificultăţi ale reglării emoţionale, inhibiţie, comportament disocial şi tendinţă către compulsivitate. Comportamentul disocial se caracterizează prin: căutarea stimulilor, narcisism, suspiciune. Autorul expune asemănarea cu polul negativ al agreabilităţii din FFM şi cu psihoticismul lui Eysenck.

Perspectiva dimensională este necesară în descrierea psihopatiei. Ea este complementară cu alte aspecte care se organizează ierarhic, şi anume:

- caracterizarea generală a domeniului psihopatiei;

- tipurile de tulburări de personalitate prezentate în sistemele categoriale;
- subtipurile de psihopatie descrise de diverşi autori;
- variabilele dimensionale.

Toate aceste perspective se articulează cu înţelegerea biologică, psihiatrică, relaţională, psihosocială şi antropologică a persoanei umane.

13.5. Aspecte etiopatogenice în dezbaterile actuale privitoare la psihopatie

Aspecte neurobiologice

Unul dintre aspectele importante actuale în discuţia despre psihopatie constă în investigarea şi evidenţierea parametrilor biologici ai acestei tulburări.

Există, în prezent, multe date directe şi indirecte care atestă rolul important jucat de genetică (McGuffin, 1998) în criminalitate, în general, şi în cazul personalităţilor psihopate, în special. Transmisia se face mai ales pe linie masculină, de la tată la băiat. Deşi există un consens asupra transmisiei genetice, studiile riguroase sunt dificile din cauza faptului că „definirea" psihopatiei este destul de vagă şi polimorfă. Cercetări s-au făcut mai ales cu PCL-R, dar ar fi de preferat o cazuistică formată din „nucleul tare" al acesteia, care constă în factorul 1.

Genetica poate interveni indirect prin favorizarea unor factori temperamentali. Kagan (1994) a descris un „temperament dezinhibat", transmisibil genetic, ca precondiţie a persoanei psihopate şi criminale. În aceeaşi direcţie pledează şi cercetările lui Eysenck şi Cloninger.

Sindromul hipercinetic (*atention-deficit/hiperactivity disorder* – ADHD) joacă un rol important, deoarece studiile prospective indică

faptul că o treime dintre pacienţi dezvoltă tardiv criminalitate (Weiss şi Heatman, 1993 ; West şi Farrington, 1973).

Există o importantă diferenţă între sexe, psihopatia predominând net la bărbaţi. Femeile cu acelaşi temperament dezvoltă tulburări de somatizare şi, eventual, trăsături de tip borderline.

Odată cu dezvoltarea psihologiei cognitive şi a neuroştiinţelor, s-au reluat o serie de studii în direcţia ipotezei lui Cleckley, privitoare la demenţa semantică. Psihopatul se dovedeşte incapabil să înţeleagă şi să utilizeze semnificaţiile adânci ale limbajului. Dimensiunea sa lingvistică pare să fie superficială şi îi scapă o serie de aspecte mai nuanţate şi mai abstracte ale semnificaţiilor. În această direcţie, studii experimentale a efectuat Williamson (*cf.* Siever, 1998).

Pe de altă parte, psihopaţii nu pot aprecia semnificaţiile emoţionale ale unor evenimente şi experienţe. Se presupune că reţelele neuronale profunde care corelează cogniţia cu emoţia sunt deficitare.

Psihopatul are unele modele comportamentale şi atitudinale, care au, în mod cert, o bază cerebrală. Aşa sunt : siguranţa sa de sine, asertivă şi dominatoare ; contactul intens al privirilor (ca în fascinaţie, hipnoză) ; intuirea vulnerabilităţii victimei ; autocontrolul. Acestea, dar şi altele sunt instrumentele psihoneurologice ce-i asigură dominarea, controlul şi manipularea celorlalţi (Hare, 1998).

Au fost incriminate disfuncţii ale cortexului frontal-orbital, cortexului medial-temporal şi amigdalei, împreună cu sistemul lor de neurotransmisie, responsabil de coordonarea proceselor cognitive şi afective. La acest nivel s-ar produce o disociere între procesele logic-cognitive şi componenta afectivă a gândirii (Damasio, 1994). Puternicul efect de motivare, ghidare şi inhibiţie pe care îl joacă în mod obişnuit emoţiile are doar un mic rol în viaţa psihopatului.

Hare a avansat ideea că psihopatul poate fi asemănat cu un animal de pradă care-şi foloseşte farmecul, manipularea, intimidarea şi violenţa pentru a-i controla, a-i domina, dirija şi exploata pe alţii, pentru a-şi satisface nevoile egoiste. E vorba, desigur, doar de o

metaforă, în sensul că un agresor – la fel ca animalul de pradă –, pentru a prevala asupra victimei, trebuie să posede anumite calităţi bio-psihice specifice.

Alte particularităţi bio-psihologice ale psihopatului ţin de viaţa sa afectivă. Inafectivitatea tranzitivă, lipsa de empatie, de emoţionalitate şi, mai ales, de frică sunt caracteristici mereu subliniate. Şi acestea ar avea o bază genetică ce conduce la o disfuncţie cerebral-psihică. Lipsa răspunsului la stimuli fobogeni e demonstrată experimental. Ea se corelează cu faptul că psihopatul nu învaţă din experienţă. Studiile se referă la „slaba condiţionare la frică" (Lykken, 1957 ; Patrick, 1994) sau la „hipo-arrousal la stimuli negativi" (Fowley, 1992). Lykken, analizând răspunsul electrodermal la stimuli necondiţionaţi şi un chestionar de preferinţe afective, diferenţiază psihopaţii primari de cei secundari sau nevrotici. Primii au în mod clar un nivel redus al anxietăţii, în majoritatea împrejurărilor abia confruntându-se cu experienţe ce pot induce spaima. Experienţele au fost repetate (Patrick, 1993 ; 1994), indicând că răspunsul redus la stimulii fobogeni e o variantă extremă a normalităţii.

Trebuie menţionat totuşi că, în anumite împrejurări, lipsa de reacţie la frică poate fi adaptativă. Prin urmare, cei cu o astfel de caracteristică se descurcă, de multe ori, foarte bine în luptă.

Agresivitatea crescută este şi ea considerată un factor fundamentat biologic, la fel ca şi lipsa fricii sau inafectivitatea. Anumite reţele neuronale şi sisteme de neurotransmisie susţin agresivitatea, care este, în sine, o dimensiune naturală şi adaptativă a animalelor şi omului. Excesul de agresivitate şi, mai ales, lipsa de control, de autocontrol şi modelare, de transpunere în comportamente structurate, eficiente, competitive şi integrate social este o importantă caracteristică a psihopatului. Rata crescută de impulsuri agresive se corelează cu o scădere a transmisiei serotoninergice.

Impulsivitatea, circumstanţialitatea răspunsurilor şi deficitul de planificare au fost, de asemenea, studiate din perspectiva unei disfuncţii

cerebrale de prelucrare a informaţiilor. Newman *et al.* (1993) au dezvoltat şi testat o teorie a deficitului în modularea răspunsului. E incriminată o disfuncţie a capacităţii de a controla şi integra răspunsurile la stimuli imediaţi în vederea urmăririi scopului. În această direcţie, Patterson *et al.* au făcut studii, iar din 1997 echipa de cercetare a concluzionat asupra deficitului modulării comportamentului orientat spre scop la psihopaţi, bazat pe disfuncţii neuro-vegetative. Faptul se corelează cu disfuncţiile în deliberare, planificare şi evaluare a consecinţelor.

Deficitul în procesarea informaţiilor sociale la psihopat a fost şi el studiat prin modele neuro-cognitive (Dodge şi Crick, 1990).

Aspecte psihopatologice developmentale ; psihanaliza şi teoria ataşamentului

În perspectivă istorico-psihanalitică, după lucrarea lui Alexander (*The Roots of Crime*, 1935) se remarcă lucrările lui From (1973), privitoare la caracterul sadic-exploatativ ce are o „pasiune pentru control". Shapiro (1965) descrie apoi : „stilul impulsiv", iar Kernberg (1970 ; 1989) comentează „narcisismul malign". Narcisismul şi paranoia ajung să fie considerate de psihanalişti ca şi caracteristici de bază ale psihopatului, în cadrul unui spectru şi a unui continuum.

Melay (1998) încearcă să coreleze conceptele psihodinamice cu studiile recente ce indică deficienţe neurofiziologice şi cognitive la psihopat. Baza biologică ar perturba procesul de ataşament ducând la identificări dificile şi distorsionate. Nu se mai depăşesc firesc etapele necesare, apare un deficit de *super-ego* şi o predispoziţie crescută la impulsivitate şi agresivitate. Cel mai greu se realizează identificările – cu *imago*-urile părinţilor –, ceea ce face dificilă şi structurarea eului. Sinele ajunge un obiect straniu. S-ar produce procese de proiecţie şi reîncorporare a agresiunii, similare cu ceea ce ar sta la baza paranoidului nuclear. Hare încearcă să explice, pe această cale, structurarea psihopatului ca „prădător".

O serie de psihanalişti, între care Svrakic (1991), au susţinut legături între TP narcisică şi TP antisocială. Problema se corelează cu teza lui Kernberg (1984) privitoare la organizarea de tip borderline a personalităţii, intermediară între cele de tip nevrotic şi psihotic. Se ajunge astfel la teza „narcisismului malign". Ar exista deci două nivele de structurare a personalităţii. Pe de o parte, sinele real, care e nesigur, inferior, singur, gol, incapabil să înveţe, neadaptativ, iar pe de altă parte, o faţadă de grandiozitate narcisistă şi distructivă. *Super-ego*-ul narcisicului nu se formează, e fragmentat, cu trăsături sadice şi de paranoia non-psihotică. Se structurează astfel un sine distructiv.

Tulburările bazale neurobiologice care condiţionează incapacitatea semantică de înţelegere afectivă şi morală, precum deficitul de emotivitate, fac imposibil ataşamentul bazal, asociat cu lipsa empatiei, a rezonanţei afective (Paris, 1998). De aici şi dificultatea introjectării *imago*-ului matern. Nu se poate realiza un echilibru între părinţii reali şi *imago*-urile acestora introjectate (sub formă de *internal working model* –, după cum spune Bowlby) astfel încât intervenţia părinţilor sau a altor adulţi e resimţită mereu ca intruzivă şi periculoasă. Ca o corelaţie, apare tendinţa la respingere, îndepărtare şi apoi de manipulare, agresiune. Pe de altă parte, nestructurându-se armonic, eul ajunge la narcisism, omnipotenţă, grandiozitate cu deficienţe în perceperea corectă a realităţii. Narcisismul şi paranoia se conjugă. Eul nu are o coeziune echilibrată, fapt care e resimţit de celălalt, de partener. Pe de o parte, subiectul, vede în acesta un duşman, pe de altă parte, se simte omnipotent şi îndreptăţit să manipuleze şi să agreseze pe alţii. Autori precum Richards au descris un spectru paranoid-narcisic, pe care îl întâlnim la diverse tulburări de personalitate (narcisic, negativist, antisocial, paranoid, sadic) şi care, în ansamblu, ar fi caracteristic psihopatiei. Violenţa şi distructivitatea ar fi caracteristici ale acestei tulburări de personalitate pe care psihopatul le exprimă constant şi repetitiv, ca şi cum ar depinde de ele, la fel cum în adicţie există dependenţă de drog.

Beck şi şcoala cognitivistă au atras atenţia asupra modelelor cognitive învăţate în copilărie, care structurează patternurile atitudinale faţă de sine, faţă de alţii şi ale relaţiei sine-alţii, ce sunt introjectate, devenind inconştiente şi conducând din umbră comportamentul. În această perspectivă, Perris a construit o scală a modelelor educative familiale. Teoria cognitivă a învăţării sociale a lui Bandura atenţionează în această direcţie. Benjamin analizează felul în care se structurează reprezentarea altora în sine şi atitudinea *self*-ului, faţă de *imago*-ul introiectat al altora. Acesta, în cazul psihopatului, poate fi mult distorsionat. Astfel, celălalt, introjectat, poate fi resimţit ca în permanenţă periculos sau poate fi constant devalorizat în raport cu buna părere despre sine (de factură megalomanică), astfel încât, în practică, se trece la ignorare sau neglijarea nevoilor sale. Ansamblul direcţiilor de cercetare psihologice a personogenezei sunt convergente în această direcţie.

Rolul educativ al familiei a fost mereu subliniat şi se articulează teoriilor developmentale. Copilul crescut fără afecţiune nu-şi dezvoltă propria capacitate afectivă. Modelele comportamentale agresive pot fi învăţate şi reproduse. Dezordinea în logica pedepselor şi recompenselor poate conduce la devalorizarea semnificaţiei sancţiunii sociale. Oricum, familia e mediatorul fundamental între individ şi societate, inclusiv în cazul psihopatului. Dacă fundalul biologic predispus se asociază cu modelul educaţional familial negativ, e favorizată structura psihopată a persoanei. Lykken (1988) a propus chiar necesitatea de a se acorda pentru orice familie calificare în privinţa creşterii şi educării copiilor, deoarece foarte multe familii naturale nu au o competenţă corespunzătoare în acest sens, fapt ce duce la amplificarea fenomenului, la creşterea comportamentelor de tip sociopatic.

Factorii socioculturali joacă şi ei un rol în structurarea şi în manifestarea psihopatiei. Multe aspecte ale manifestărilor psihopate pot fi acceptate sau chiar valorizate în unele tipuri de societăţi, în

unele situaţii sociale sau roluri sociale. Persoane ce întrunesc majoritatea criteriilor pentru psihopatie pot deveni personaje marcante ale unor revolte populare, mercenari sau eroi militari, terorişti, protestatari ce ajung să fie persecutaţi de regimurile politice. Dar, aşa cum arată Cleckley, psihopaţii se întâlnesc şi printre importanţi oameni de afaceri, mai ales în lumea interlopă a drogurilor şi prostituţiei, pe piaţa neagră şi, la fel, printre avocaţi şi doctori lipsiţi de etică sau politicieni corupţi. Unele cazuri izolate ies în evidenţă, altele rămân însă inserate în diverse grupuri şi minorităţi sociale sau se integrează în diverse roluri ale societăţii în care trăiesc fără să se remarce în mod deosebit. Tipul de societate poate stimula, inhiba sau deforma agresivitatea, delincvenţa, criminalitatea. Identificarea şi diagnosticarea cazurilor mai depinde de delimitarea conceptuală, instrumentele de diagnostic şi criteriile de evaluare.

Psihopatia, acest cluster special al tulburărilor de personalitate, readuce în discuţie ampla deschidere antropologică a acestei tulburări şi indică faptul că abordarea medical-psihiatrică, chiar dacă e indispensabilă, nu e şi suficientă.

Fără o largă viziune antropologică, nu poate fi abordată o problemă atât de gravă a personalităţii, ca pol individual al umanului. De fapt, e vorba despre un aspect particular al determinismului în zona existenţei persoanei umane: cel al „endogenului". Determinismul endogen a fost invocat în apariţia unor psihoze ca schizofrenia, paranoia, tulburarea bipolară, dar, treptat, s-a renunţat la acest termen pe măsura progreselor geneticii, neuroştiinţelor, a psihologiei genetice şi cognitiv-comportamentale – articulată cu moştenirea psihanalitică şi fenomenologică. Însă genul acesta de patologie, căruia i se alătură psihopatul malign, nu poate fi totuşi pe deplin „explicat" prin cumulul factorilor biologici şi de cogniţie socială (Lăzărescu, 1994). Rămân încă multe de lămurit în aria tradiţională a determinismului endogen, mai ales dacă includem aici şi trăiri mai apropiate de normalitate, precum dragostea pătimaşă, fanatismul politic sau extazul mistic.

Capitolul 14

Dimensiuni etico-morale în patologia persoanei

Deficienţele morale – ale conştiinţei morale, ale comportamentului moral – au fost sesizate dintotdeauna la tulburările de personalitate. Mai ales categoria antisocialului (DSM-IV-TR) sau dissocialului (ICD-10) relevă din plin acest aspect; la fel, „superfactorul" sau „clusterul" psihopatiei. Totuşi, viziunea neokraepeliană, care raportează tulburările de personalitate în primul rând la patologia psihiatrică clinică, nu are de ce să acorde o importanţă deosebită acestui aspect. Dată fiind impresionanta tradiţie a „anetopatiei" – ca şi caracteristică de bază a tulburărilor de personalitate –, problema nu poate fi uşor ignorată. Recent, Charland (2006) se întreba dacă nu cumva întreg clusterul B din DSM-IV ar trebui considerat mai degrabă o condiţie morală decât una clinică, fapt ce ar avea consecinţe asupra terapiei. De aceea, în acest capitol final vom relua comentariul asupra conştiinţei morale în tulburările de personalitate. Prin aceasta se subliniază încă o dată perspectiva general antropologică ce a dublat-o pe cea clinică de-a lungul întregii lucrări. Comentariul nu e însă posibil fără o scurtă recapitulare, din perspectivă istorică, a corelaţiei dintre felul în care personalitatea a fost concepută şi înţelesurile eticului.

14.1. Repere istorice

La fel ca variaţiile temperamental-caracteriale, dimensiunea morală, modalitatea de manifestare în sens etic a caracterizat oamenii de milenii. Împreună cu sexul, vârsta, culoarea pielii, aspectul fizic, inteligenţa, abilităţile, fondul de cunoştinţe, concepţia despre lume şi creativitatea, caracteristicile morale constituie parametrii care individualizează un om în cadrul moravurilor sau etosului unei comunităţi. Atitudinea şi comportamentul moral sunt aspecte ce caracterizează şi tulburările de personalitate, împreună cu tot ceea ce, în mod tradiţional, se înţelegea prin caracter. Caracterul a însemnat, în antichitatea greco-romană şi în Europa postrenascentistă, nu doar stilul ce diferenţiază expresivitatea şi comportamentul unui om de altul, ci şi instanţa personală ce-şi însuşeşte şi exprimă moravurile vremii, felul cum subiectul funcţionează în cadrul instituţiilor socio-culturale, prin raportarea sa faţă de alţii în perspectiva binelui şi răului, sensul valoric al existenţei unui om în lumea sa. Sintgama *om de caracter* desemnează un om pe care te poţi baza, care se ţine de cuvânt, îşi respectă promisiunile, îi respectă pe alţii şi nu acceptă să comploteze, să înşele, să mintă şi să facă rău semenilor săi. Iar sintgma *lipsit de caracter* desemnează o persoană versatilă, duplicitară, capabilă de laşitate şi trădare. În acelaşi sens, s-a vorbit de „caractere puternice" – oameni care fac ceea ce trebuie făcut, au forţă sufletească, îşi impun punctul de vedere şi îşi realizează proiectele, în principiu bune, pozitive – şi, pe de altă parte, de „caractere slabe" – nehotărâte, slugarnice, schimbătoare, influenţabile. Deşi limbajul popular păstrează această linie de caracterizare, psihologia ştiinţifică a trăsăturilor nu a inclus explicit dimensiunea caracterial-morală în descrierile sale, ci doar pe cea caracterial-temperamentală ce diferenţiază oamenii prin stilul lor comportamental şi expresiv. La fel au procedat cercetările în domeniul tulburărilor de personalitate,

cu toată tradiţia şi discuţiile despre *moral insanity*, anetopatie şi psihopatie.

Preocuparea faţă de comportamentul moral reprezintă o veche tradiţie antropologică religioasă. Biblia consemnează Decalogul: să nu ucizi, să nu furi etc. Actul uman reprobabil este un aspect diferit de particularităţile de fond ale unui individ prin care el e caracterizabil temperamental; la fel, faptul de a fi curajos, bun, înţelept, blând, generos. Această problemă a fost teoretizată în lumea Greciei antice, după revoluţia de atitudine marcată de Socrate, prin teza virtuţilor a lui Aristotel. Virtuţile exprimau o atitudine şi un comportament de dorit, autocontrolat, în cadrul căruia se păstra echilibrul între extreme. Astfel ar fi curajul (între laşitate şi temeritate), generozitatea (între risipă şi avariţie), faptul de a fi prietenos (între a fi certăreţ şi linguşitor). Tot ca virtuţi erau considerate: pudoarea, modestia, blândeţea, mărinimia, cumpătarea, faptul de a fi drept, grandoarea sufletească, stăpânirea de sine şi altele.

Valoarea caracterizantă a virtuţilor a fost mai puţin reţinută decât cea a temperamentelor, atunci când a început să se instituie psihologia ştiinţifică, şi aceasta din mai multe motive. Unul este relativa lor variaţie în timp. De exemplu, epoca eroică evaluează pozitiv curajul şi forţa ce învinge în luptă, pe când perioada capitalistă în ascensiune cultivă munca perseverentă şi tendinţa la economisire, până la zgârcenie. Un alt motiv a fost faptul că nu toate doctrinele etice au fost la fel de mult interesate de virtuţi. Încă din perioada elenistică stoicismul, epicureismul şi scepticismul au mutat accentul pe sensul personal al vieţii individului, punând un mai mic preţ pe manifestarea în context interpersonal, „în mijlocul comunitar al cetăţii". Viaţa virtuoasă are în vedere tot timpul relaţiile interpersonale şi existenţa în comunitate, fără o preocupare deosebită faţă de destinul propriu, care e luat doar parţial în considerare, în perspectiva orientării spre „bine" şi, eventual, demnitate, împăcare cu sine şi fericire. E drept că, ulterior, morala creştină a pus accentul pe iubirea aproapelui şi pe trăirea vinovăţiei,

dar ea s-a păstrat la un nivel în care transcendenţa juca rolul principal, iar credinţa, dragostea şi supunerea faţă de Dumnezeu se plasau în zona unor virtuţi cardinale deasupra celor sociocomunitare de dinainte. Omul putea fi caracterizat mai repede în termeni de credincios sau păcătos decât în termeni de curajos, drept, prefăcut sau ipocrit. Desigur, milenara caracteriologie a virtuţilor s-a păstrat în evaluările şi caracterizările vieţii de zi cu zi, fapt ce se afirmă prin caracterele eroilor a cinci secole de roman european.

Alte momente memorabile sunt cele marcate de Kant şi Nietzsche. La sfârşitul secolului al XVIII-lea, odată cu apogeul Iluminismului, Kant instituie o etică a demnităţii persoanei umane ce trebuie respectată din principiu, ca valoare şi scop în sine. Imperativul moral categoric ar impune ca niciodată să nu se abordeze o altă persoană ca pe un mijloc, în folosul propriu. Această normativitate este, desigur, orientată social. Ea a jucat un rol major în istoria umanităţii, conducând la principiul respectului pentru fiinţa umană în general, care este şi în zilele noastre baza atitudinii demne şi tolerante în plan internaţional, exprimată în Declaraţia Universală a Drepturilor Omului. Dar, la fel ca şi etica creştină, formalismul moral kantian poate coborî în direcţia practicilor curente doar până la un anumit nivel. În viaţa de zi cu zi a fiecărui om, celălalt devine – inevitabil – şi mijloc pentru atingerea diverselor obiective. Stratul adânc al virtuţilor caracterial personale nu a fost anulat de această viziune, ci doar modelat, astfel încât principiile etice ale lui Kant se pot articula atât cu unele aspecte ale moralei creştine, cât şi cu tradiţionalele virtuţi. În acest sens, în secolul XX s-a dezvoltat personalismul etic al lui Scheler.

O altă mişcare, produsă în secolul al XIX-lea, tinde să răstoarne situaţia. Nietzsche atacă frontal nu doar etica creştină – pe care o consideră ca etos al celor slabi, al sclavilor –, ci însăşi ideea de virtute, care implică echilibru şi constanţa cu sine a persoanei, în cadrul relaţionării sale cu semenii. Ideea că acţiunea umană, bazată pe forţa creativităţii, poate – ba chiar trebuie – să se plaseze „dincolo

de bine şi de rău" răstoarnă tot eşafodajul tradiţional al moralei. Consecinţele acestei mutaţii se resimt şi în zilele noastre. De fapt, ele au străbătut tot secolul XX, şi poate de aceea psihologia persoanei ce s-a născut în acest veac nu s-a putut opri asupra caracterului decât în sensul său tipologic, deci orientată spre temperament, şi nu spre aspectul său moral, al virtuţilor.

Dintre caracteristicile şi aspectele epocii modernismului târziu, una ar fi accentul pus pe pragmatismul eficient pe care capitalismul victorios l-a afirmat. Or, pentru a fi pragmatic, eficient în afaceri, e nevoie de virtuţi diferite de cele tradiţionale, care presupun grija, respectul şi responsabilitatea faţă de ceilalţi, faţă de „aproapele" tău. Viziunea lui Nietzsche se aplică mai mult. De asemenea, se poate menţiona erodarea în secolul XX a ideii de coerenţă a persoanei umane. Virtuţile presupun un om care, în mare măsură, este – sau devine – identic şi constant cu sine, statornic sieşi de-a lungul circumstanţelor. După Renaştere, acest fapt a fost simbolizat de către portretul pictat şi de către eroul de roman. Ambele se estompează şi pierd treptat din pregnanţă în secolul XX. Viaţa socială devine tot mai mobilă şi schimbătoare, mai ales în a doua jumătate a acestui veac, fapt ce necesită tot mai multe şi variate adaptări la noi situaţii, spontaneitate şi ingeniozitate pentru schimbare, maleabilitate, frecvente reorganizări interioare ale psihismului. În acest context, personaliştii şi existenţialiştii europeni au încercat să vorbească despre autenticitate şi angajare, ca faţete ale responsabilităţii etice. Dar, în lipsa unor doctrine mai coerente, această mişcare s-a pierdut în comentarii morale cazuistice, într-o „morală a ambiguităţii". Explozia informaţională se însoţeşte de modificarea stilului de comunicare ce nu mai implică prezenţa nemijlocită a celuilalt, iar mentalităţile se modifică rapid, atât în ceea ce priveşte viaţa sexuală, cât şi cea familială. În acest întreg context, nu mai poate fi pus accentul pe virtuţi la începutul secolului XXI la fel ca la începutul secolului XX, când Freud şi Jung îşi construiau doctrinele despre om.

Toate cele de mai sus au importanţă atunci când se discută perspectiva morală a celor cu tulburări de personalitate. În secolul al XIX-lea, Prichard putea folosi conceptul de *moral insanity*. S-au folosit apoi şi expresii ca *idioţie morală* şi *anetopatie*. Deficienţa dimensiunii morale a fost constant sesizată la tulburările de personalitate, mai ales la aceea variantă care şi în prezent este etichetată ca psihopatie. Dar comentariul care se poate face azi este doar unul în perspectiva tradiţiei, fără posibilitatea unei referinţe la o anumită doctrină etic coerentă actuală. Preocupările tipice din etica ultimelor decenii au fost dominate de filosofia anglo-saxonă, interesată de analiza semnificaţiei unor termeni, ca, de exemplu, binele, echitatea, dreptatea, responsabilitatea.

Relativ singular şi interesant a fost demersul lui Levinas (1999), care a încercat reactivarea unei filosofii etice de sorginte personalistă. Este presupusă o situaţie paradigmatică: persoana ce se confruntă „faţă în faţă" cu „celălalt", considerat ca un subiect aflat în dificultate, slab şi neajutorat, dar care tocmai de aceea se impune ca un „tu" impresionant, ca cineva „cu totul altul", transcendent, care îţi mobilizează generozitatea şi responsabilitatea. Tăcerea celuilalt, slăbiciunea şi suferinţa sa fascinează şi mobilizează subiectul spre actul etic. Tot comentariul este simbolic, cu elemente de mitologie creştină. Evident, acest scenariu paradigmatic şi simbolic nu clarifică nimic normativ, nu arată cum să te porţi în manieră etică faţă de alţii. Dar e subliniat cu insistenţă nucleul interpersonal al eticului. Relaţia etică este, în primă instanţă, o relaţie între două persoane ce se raportează direct una la alta. Abia la periferie ea priveşte persoane mai „îndepărtate" sufleteşte sau grupe de persoane, iar pe de altă parte, e pus sub lupă aspectul situaţional al relaţiei etice, căci nimic nu mai aminteşte acum de virtuţi. Poate de aceea schema lui Levinas a fost preluată în cadrul încercărilor de „etică postmodernă".

Într-o încercare de circumscriere a reperelor condiţiei morale din perspectivă postmodernă, Bauman (2000) enumera: 1. oamenii sunt

ambivalenţi din punct de vedere moral, căci nu se poate imagina o societate perfectă şi un om perfect; 2. fenomenele morale sunt în mod natural neraţionale; 3. moralitatea este ipotetică; 4. moralitatea nu poate fi universalizată; 5. o societate înclinată spre uniformitate şi acţiune disciplinată este inacceptabilă; 6. a manifesta răspundere morală faţă de „celălalt" e un punct de plecare, şi nu un produs al societăţii; 7) Relativitatea cadrelor etice nu atinge relaţia interpersonală etică fundamentală. De aceea, nici nu trebuie să fim derutaţi de multitudinea codurilor etice pe care le relevă lumea postmodernă.

Desigur, în acest context, viziunea lui Levinas poate fi cultivată. Ea nu se leagă însă de tradiţionala problemă a caracterului în sens de virtute, singura importantă pentru tulburările de personalitate, pentru că se referă la un aspect constant, şi nu la circumstanţe. În lipsa unor coduri etice oficiale rigide şi directoare, se face apel major la legislaţie. TP antisocială este definită în mare măsură prin încălcarea unei normativităţi sociojuridice.

Cu toate cele menţionate mai sus, credem că în prezentarea tulburărilor de personalitate se poate şi merită să se facă apel la caracteriologia morală tradiţională a virtuţilor şi la mari doctrine importante, cum sunt cele ale lui Kant şi Scheller. Aceasta deoarece tendinţele actuale ale psihologiei cognitive în direcţia recuperării conceptelor de *sine* şi *conştiinţă*, în cadrul „filosofiei minţii" (*phylosophy of mind*), cu accent sporit asupra intenţiilor, proiectelor şi scopurilor, s-ar putea să recâştige interesul pentru multe alte teme clasice ale personologiei, ale polului uman al persoanei, între care şi cea de conştiinţă morală şi relaţie etică. Persistenţa actuală a interesului pentru psihologia interpersonală, pentru circumplexul interpersonal, pentru reprezentarea altora în sine (în sensul acordat de Bowlby-Benjamin) pot susţine această speranţă. În plus, în straturile bazale ale societăţii, tradiţia caracteriologiei morale nu a dispărut în zone importante ale populaţiei, susţinută de tradiţii şi de unele forme de religie.

14.2. Un posibil filtru de evaluare morală a tulburărilor de personalitate

În mod tradiţional, se consideră că în cazul tulburărilor de personalitate, în general, şi a psihopatiei, în special, avem o perturbare, o insuficienţă de achiziţie, o distorsiune a conştiinţei morale şi, în consecinţă, un frecvent şi variat comportament anetic al unei persoane care continuă să îşi desfăşoare viaţa de zi cu zi în mijlocul vieţii comunitare, printre ceilalţi oameni. Se pune problema: „Cum poate fi identificat acest aspect al existenţei personale?".

Este de presupus că insuficienţa sau distorsiunea conştiinţei morale este diferită de ceea ce caracterizează în mod specific diverse tipuri categoriale sau configuraţii dimensionale. Faptul reiese clar din itemii de caracterizare. Dintre elementele invocate pentru identificarea categoriilor prototipice din DSM-IV-TR, foarte puţine fac referinţă, şi atunci indirectă, la aspectele comportamentului moral. De asemenea, caracteristicile morale nu se regăsesc explicit în FFM, în circumplexul interpersonal sau în sistemul TCI al lui Cloninger, în parametrii PAS ai lui Tyrer şi Livesley. Urmează că, pentru caracterizarea morală, evaluarea persoanei trebuie să treacă printr-o grilă de evaluare specială. Această caracterizare morală e diferită şi de caracteristicile generice ale tulburărilor de personalitate, aşa cum sunt insuficienta coerenţă a identităţii sinelui sau perturbarea comportamentului interpersonal-social sau încălcarea normelor de convieţuire şi a legilor.

Pot fi conturate câteva repere pentru o eventuală grilă de caracterizare morală a persoanei. Tot timpul se va considera că nucleul relaţiei, al atitudinii şi comportamentului etic se desfăşoară în primă instanţă în contextul unei raportări interpersonale directe între persoane apropiate sufleteşte. Cu cât o persoană e mai „îndepărtată" sufleteşte de subiect, cu atât şi implicarea etică e mai problematică. Apoi, se ia în considerare modelul structural al virtuţilor, în sensul că atitudinile şi

comportamentele etice de un anumit fel reprezintă o constantă a persoanei, care se manifestă ca atare în diverse împrejurări şi contexte, faţă de diverse persoane, în mod constant de-a lungul timpului. Se ţine seama de raportarea faţă de grupuri de persoane sau de cea care decurge din încadrarea subiectului în statute şi roluri sociale. Ca aspecte deficitare, se vor avea în vedere:

- manipularea;
- torturarea celuilalt;
- neglijarea semenilor;
- duplicitatea malignă;
- egoismul şi lipsa generozităţii;
- lipsa sentimentului de ruşine şi vinovăţie;
- iresponsabilitatea şi difuzarea responsabilităţii.

Manipularea

Comportamentul manipulativ e contrariul ideii centrale a lui Kant, care pretinde ca semenii să fie în permanenţă respectaţi, consideraţi întotdeauna ca scop în sine, şi nu ca mijloc. Acest deziderat e practic imposibil de realizat întru totul, în viaţa de zi cu zi existând nenumărate modalităţi de manifestare, uneori ambigue.

În cazul tulburărilor de personalitate întâlnim deseori o manipulare evidentă, pregnantă şi constantă, în scop egoist, pentru obţinerea propriilor satisfacţii şi interese, uneori din simpla plăcere de dominare. Comportamentul e mai frecvent în clusterul B, la TP histrionică, de tip borderline, antisocială şi narcisică. Manifestarea e frecventă în zona infracţională unde pot fi utilizaţi intermediari. Ea poate fi realizată prin autoritate, dominare, fascinaţie şi şantaj. Prin manipulare, se poate exploata afecţiunea sinceră pe care cineva i-o poartă subiectului şi de care acesta profită. Prin şantaj, intimidare, promisiuni false, un altul poate fi constrâns să acţioneze necinstit sau poate fi defavorizat, deposedat de bunuri, de statut şi rol social. Manipulatorul poate urmări avantaje, satisfacţii, plăceri perverse. Mai ales la tulburările

de personalitate din clusterul B e frecventă manipularea prin şantaj afectiv, prin ameninţarea cu părăsirea, cu suicidul, prin realizarea unor tentative suicidare. Persoanele cu tulburări de personalitate se pot manifesta manipulativ şi faţă de personalul medical sau faţă de cei dispuşi să-i ajute, încercând să-i determine să acţioneze aşa cum doresc ei sau străduindu-se să menţină o relaţie interpersonală dincolo de un suport firesc, afectiv sau motivat altfel. Potter (2006) analizează faptul că manipularea poate avea o componentă psihologică, şi nu neapărat una etică, fiind deseori expresia dificultăţii de relaţionare afectivă profundă a tulburărilor de personalitate.

Manipularea patologică, amorală a celor cu tulburări de personalitate se realizează fără compasiune, fără luarea în considerare a problemelor şi suferinţelor celuilalt, fără ruşine sau sentiment de culpă, fără rezonarea interafectivă empatică dintre „eu" şi „tu". Ea se poate asocia cu conduite duplicitare, cu minciuna, mitomania, confabulaţia, reaua-credinţă, ipocrizia.

Din altă perspectivă, manipularea se exercită în plan sociopolitic şi în comerţ prin propagandă, retorică, reclame. La acest nivel, persoanele sunt abordate în manieră abstractă, ca simple unităţi depersonalizate, fără implicarea „faţă în faţă" a doi subiecţi conştienţi şi responsabili ce-şi împletesc destinele. Faptul că o persoană este, prin statut şi rol social, o parte integrantă a unei structuri manipulatorii supraindividuale reprezintă un aspect al dispersiei responsabilităţii pe care o întâlnim şi la majoritatea comportamentelor duplicitare.

Problema care se pune este în ce măsură subiectul aderă deliberat şi intenţional la acest plan suprapersonal de existenţă sau este angrenat în mod pasiv, preconştient, inconştient, uneori chiar obligat să participe.

Torturarea

Aceasta presupune faptul de a face pe altul să sufere din punct de vedere moral şi fizic. Un altul poate fi agresat moral în mod direct şi intenţionat de către subiect, din interes pentru propriile satisfacţii; celălalt poate fi calomniat, bârfit, denigrat, defăimat, i se pot

submina rezultatele, e făcut să decadă financiar, situaţional, moral, chiar împreună cu familia sa. Celălalt poate fi făcut de râs, umilit, batjocorit. Astfel de comportamente fac parte, de obicei, dintr-o dialectică a confruntării şi luptei interpersonale şi pot fi întreţinute de sentimentul urii şi al răzbunării. Din perspectiva tulburărilor de personalitate, mai ales a psihopatului, comportamentele menţionate pot fi expresia unei tendinţe structurale de dominare şi obţinere a unei plăceri perverse, sadice. Atitudinea de dominare agresivă poate evolua până la tortura morală.

Celălalt poate fi agresat şi fizic, lovit, molestat, rănit, mutilat, violat. I se pot provoca sau întreţine dureri sau alte stări fizice neplăcute, poate fi torturat, chinuit, schingiuit. *In extremis* se ajunge la crima comisă cu sânge rece. Chinuirea fizică şi cea morală se pot asocia. Tot în cadrul conceptului de tortură sunt considerate, de obicei, şi ameninţarea sau cauzarea de suferinţă celor apropiaţi victimei, mai ales când intră în joc şantajul. Tortura morală şi fizică invocată la acest nivel este de altă natură decât încălcarea normelor şi legilor oficiale ale unei socioculturi. Ea are în primul rând un sens etic negativ.

Provocarea deliberată a suferinţei fizice şi tortura s-au practicat în plan instituţional de către regimuri extremiste şi autoritare în cadrul acţiunilor de reprimare a adversarilor politici, a programelor de reprimare în masă. Se cere şi la acest nivel făcută diferenţa – cel puţin până la un punct – între agresiunea morală şi fizică realizată în planul relaţiilor directe cu o altă persoană şi cea realizată în planul grupurilor sociale, ca expresie a unor politici sau ideologii. Diferenţierea se estompează în cazul funcţiilor, al celor plasaţi în statute şi roluri sociale specializate în conceperea şi practicarea torturii, a chinuirii şi exterminării. În astfel de funcţii sau profesii, se autoselectează, de obicei, persoane care au o anumită predispoziţie, care, în principiu, ar putea fi încadrate la tulburările de personalitate, dar îşi maschează comportamentul tocmai prin statutul şi rolul lor social.

Neglijarea, dezinteresul, neimplicarea în raporturile cu semenii

Putem face rău celor din jur şi prin non-acţiune, nu doar prin acte deliberate, urmărite cu perseverenţă. Acesta este cazul neglijării sau ignorării răspunderii pentru proprii copii sau a celor avuţi în grijă, astfel încât aceştia suferă, se chinuie, sunt înfometaţi, se îmbolnăvesc sau chiar mor. E în joc deficienţa ce rezultă din ignorarea exercitării unor roluri sociale, naturale sau asumate. Desigur, nu se pot prevedea toate situaţiile ce pot apărea în cadrul responsabilităţilor pe care ni le asumăm. Exercitarea corectă sub aspect normativ-oficial a îndatoririlor ce decurg dintr-un statut – aşa cum face anancastul – nu acoperă toate aspectele şi eventualităţile concrete, fiind nevoie de flexibilitate, imaginaţie, implicare, dăruire afectivă şi morală în raport cu celălalt, considerat ca o persoană semnificativă, ca un „tu". Neglijarea funcţionării în roluri, inconsecvenţa, neimplicarea – aşa cum se întâmplă în cazul multor tulburări de personalitate – au consecinţe negative în privinţa unor funcţii, cum sunt cele de educator, medic, funcţionar. În cazul psihopatului, poate fi prezentă o desconsiderare cinică a celuilalt, văzut ca simplu obiect indiferent, manevrabil, de soarta căruia subiectului nu-i pasă.

Desfăşurarea existenţei oamenilor presupune implicare interpersonală în cursul vieţii de zi cu zi, în diverse situaţii şi circumstanţe. Din perspectivă morală, contează mai ales situaţiile în care „celălalt" e în dificultate şi suferinţă. E vorba şi de compasiune, rezonanţă afectivă, chiar milă. O atitudine de detaşare schizoidă, de neputinţă dependentă, de continuă retragere şi crispare suspicioasă face ca subiectul să nu se implice în susţinerea şi sprijinirea celui aflat în nevoie, manifestându-se astfel un defect etic prin omisiune.

În cazul manipulării şi torturii, celălalt e tratat ca un obiect oarecare, şi nu ca o persoană. În cazul neimplicării, uneori celălalt nici măcar nu mai e băgat în seamă, fiind considerat un „nimeni". Situaţia etică se distorsionează, se perturbă, se diluează ori de câte ori se pierde raportarea interpersonală directă de tip „eu-tu" şi se

trece spre raportarea interpersonală din „perspectiva persoanei a treia", cea de „eu-el", „eu-ei". Raportarea „eu-voi" este una mai specială, ceilalţi fiind consideraţi uneori ca potenţiali agresori şi duşmani, fapt ce duce la crispare, la o poziţionare de tensiune, de aşteptare neîncrezătoare şi ţinere la distanţă a celuilalt. Nici această situaţie, caracteristică TP paranoice, a celei evitante şi, parţial, a celei de tip borderline, nu e favorabilă desfăşurării plenare a comportamentului etic.

Duplicitatea malignă

Este o caracteristică intrinsecă a existenţei persoanei umane, discutată amplu de existenţialismul secolului XX. Se poate porni de la minciună. Când minte, omul spune altora lucruri neadevărate, despre care ştie că sunt astfel, pentru a atinge un scop, eventual pentru un avantaj personal. El este în mod deliberat nesincer. Minciuna e universal răspândită printre oameni, putând fi mai mult sau mai puţin justificată. Ea se corelează cu dinamica imaginarului uman şi cu ceea ce s-a numit existenţă ; altfel spus, persoana se proiectează în ceea ce ea nu este încă efectiv, dar e posibil să devină. Imaginarul creator se desfăşoară după coordonatele unor posibile „bune", sintetice, novatoare. Pe aceleaşi coordonate ale posibilului, de data aceasta într-o variantă „rea", se poate desfăşura minciuna, confabulaţia, mitomania. În cazul tulburărilor de personalitate, intră în joc minciuna malignă care urmăreşte interese egoiste, prin care se face rău altora, sunt induşi în eroare, sunt deprivaţi de bunuri, defăimaţi, calomniaţi, păcăliţi, înşelaţi. Ea este frecventă la TP histrionică, antisocială, narcisică.

Tot din cazul trăirilor duplicitare face parte reaua-credinţă, ipocrizia, compromisul. Omul este şi se comportă într-un anumit fel, dar, în spatele măştii, el se gândeşte şi se comportă şi în alt fel. El poate afirma un anumit lucru, dar crede şi face altceva în spatele manifestării publice. Sau face un anumit lucru cu care, oficial, e de acord, pentru a obţine un avantaj, pe când, de fapt, în intimitate, el nu e de acord cu acesta.

Ambiguitatea afirmaţiilor şi manifestărilor umane poate ţine nu doar de neclaritatea modului de gândire şi exprimare, de polisemia limbajului, ci şi de duplicitate. Rolurile pe care cineva le joacă pot fi, concomitent, diverse şi necongruente. Subiectul evoluează în acelaşi timp pe două sau mai multe planuri. Într-un plan, el e fidel prietenului, în altul, se aliază cu duşmanul şi îl trădează. Ambiguitatea şi duplicitatea în roluri nu e de la început şi prin sine un semn de anormalitate, societatea putând-o cultiva, ca, de exemplu, în meseria de spion. Dar duplicitatea şi lipsa de autenticitate pot fi şi marca unei dizarmonii şi inconsistenţe a identităţii persoanei, a sinelui (*self*-ului), caracterisitce tulburărilor de personalitate. Este unul din sensurile expresiei „om lipsit de caracter", iar comportamentul duplicitar, în multe împrejurări şi forme, poate fi nociv sub aspect moral, celorlalţi.

În cazul atitudinii şi comportamentului duplicitar, celălalt nu mai e considerat un simplu obiect sau un „nimeni", ci este cineva care totuşi contează, dar ca un obiect neunitar, fragmentat, şi nu ca un partener integru al reciprocităţii, al unei relaţii „eu-tu" armonice, transparente. Nici în acest caz, relaţia interpersonală nu funcţionează echilibrat, deoarece însăşi persoana care acţionează e duplicitară şi nu găseşte un echilibru între zona sa intimă şi cea publică de manifestare.

Omul duplicitar şi ambiguu e considerat ca neautentic, iar autenticitatea exagerată, anularea deschiderii spre posibil şi imaginar poate fi anormală, ca în varianta paranoicului.

Duplicitatea umană se desfăşoară şi în plan suprapersonal, sociopolitic, ca, de exemplu, în nesinceritatea propagandei şi declaraţiilor diplomatice. Este vorba de un aspect similar cu celelalte direcţii de comportamente anetice deja comentate.

Egoismul şi lipsa de generozitate

Manipularea, torturarea, ignorarea, duplicitatea sunt comportamente interpersonale – şi sociale – particulare ce pot avea valoare amorală

sau imorală. Subiectul cu tulburare de personalitate are, cel mai adesea, o raportare la sine egocentrică. El este egofil, uneori cu o bună părere – de factură narcisică – despre sine, grandoman şi megaloman, considerând că totul i se cuvine. El poate fi şi neîncrezător în sine, manifestând un sentiment al neputinţei, şi chiar indiferent faţă de sine. În toate cazurile, subiectul se interesează doar de sine, nefiind capabil să se descentreze, să se transpună în situaţia altora şi să se relaţioneze astfel firesc cu ei. El nu rezonează afectiv împreună cu alţii, nu e capabil de prietenie şi dragoste autentică, nu realizează o bună intimanţă şi o gradaţie a distanţelor psihice. Îi lipseşte empatia necesară compasiunii şi milei, receptarea suferinţei celorlalţi. Psihopatul nu e interesat de consecinţele acţiunilor sale pentru altul. El acţionează şi implică aceste consecinţe în însuşi proiectul său de acţiune. Prin egofilia şi egoismul său, el e lipsit de generozitate.

Comentariul de mai sus este unul generic ce poate fi aplicat cazuisticii doar în urma interpretării situaţiilor. În mod firesc, orice om trebuie să aibă grijă de sine, să-şi urmărească propriul interes, să se afirme în contextul unei anumite colaborări cu ceilalţi. Sensibilitatea la suferinţa celuilalt, a „aproapelui" nu poate fi generalizată pentru orice situaţie, la fel ca şi necesitatea milei şi faptul de a-i purta altuia de grijă. Generozitatea îşi are raţiunile şi limitele sale. Totuşi, caracterizarea de mai sus poate fi orientativă pentru a interpreta hermeneutic egocentrismul şi incapacitatea de generozitate a vreunui caz de tulburare de personalitate, în asociere cu celelalte caracteristici menţionate în acest capitol şi, desigur, în raport cu moravurile vremii.

Lipsa sentimentului de ruşine şi vinovăţie

Omul normal judecă şi evaluează valoric, moral, pe alţii şi pe sine (prin ceea ce face şi felul în care este), presupunând constant cum îl evaluează şi îl judecă alţii pe el. Cu alte cuvinte „îi pasă" de opinia şi judecata altora în ceea ce-l priveşte, după cum se aşteaptă ca şi altora să le pese de opinia şi judecata sa. Această relaţionare

este expresia stimei şi consideraţiei pe care subiectul o acordă altora, şi-o acordă sieşi, pretinzând-o din partea altora pentru sine. Atunci când subiectul nu mai are consideraţie faţă de ceilalţi, nu-i mai stimează; când e indiferent faţă de sine sau când se află într-o constantă atitudine de autoevaluare pozitivă, lui nu-i mai pasă nici de opinia şi judecata publică a celorlalţi, iar ruşinea şi pudoarea dispar.

Sentimentul de vinovăţie rezultă din autoevaluare, cu referire la propriile intenţii, comportamente şi la propriul mod de a fi, care poate fi evaluat ca reprobabil sau în conformitate cu normele şi cutumele comunităţii. Acest sentiment nu ţine de codul de sancţiuni legale în funcţiune, de cunoaşterea publică a intenţiilor şi actelor sale, de judecarea efectivă a acestora de către alţii în tribunale, ci de propria judecată a persoanei. Vinovăţia e corelată cu sentimentul responsabilităţii, cu înţelegerea suferinţei posibile a celuilalt pe care fiecare o poate cauza. Dacă lipseşte consideraţia şi stima pentru celălalt, în contextul unei păreri despre sine centrată pe egofilie, evaluarea acestuia ca persoană în sine, rezonanţa afectivă intersubiectivă, capacitatea de descentrare, de plasare în situaţia celuilalt, de milă, de compasiune, sentimentul de vinovăţie poate fi redus sau chiar poate lipsi.

Ruşinea şi vinovăţia sunt cultivate de sociocultură în diverse grade. În unele cazuri, cum e cel al creştinismului, însăşi ideologia religioasă accentuează educarea acestor trăiri. În alte societăţi, ele sunt mai puţin cultivate. În prezent, chiar în ţările euro-atlantice creştine, stilul de viaţă pune un accent tot mai mare pe asertivitatea sinelui şi succes, în detrimentul ruşinii şi culpabilităţii. Totuşi, absenţa acestora este şi va rămâne, desigur, multă vreme un element de caracterizare a tulburărilor de personalitate, mai ales a psihopatiei. Aceasta deoarece, în straturile profunde ale societăţii, sentimentul responsabilităţii, al vinovăţiei şi generozitatea se păstrează, cel puţin subteran.

Iresponsabilitatea şi difuzarea responsabilităţii

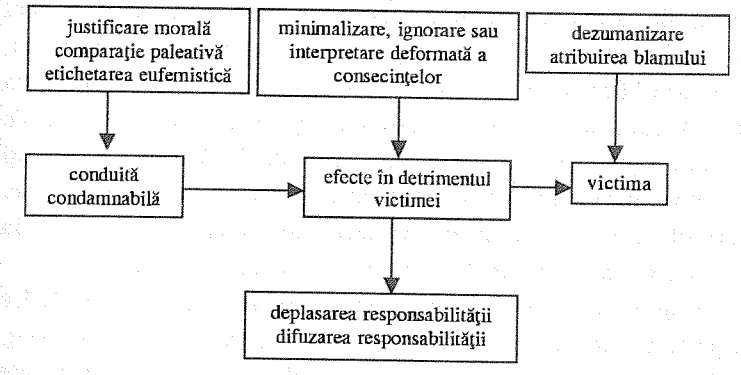
Esenţa relaţiei etice se desfăşoară prin raportarea directă a subiectului – cu trăirile sale din „perspectiva persoanei întâi" – la altă persoană, prin implicare într-o acţiune nemijlocită în raport cu aceasta, deci în cadrul unei relaţii interpersonale „eu-tu", care circumscrie „perspectiva" persoanei a doua. Există implicaţii etice, mai precis responsabilitate şi faţă de terţe persoane, mai periferice în reţeaua socială a subiectului, despre care el ştie, dar cu care nu se află în comunicare şi legătură directă. Aceştia se plasează în poziţia a treia, a lui „el" sau „ei". Distanţa psihologică poate evolua mai departe spre impersonal, în sensul în care oamenii devin anonimi, simple obiecte de manipulat, cifre sau realităţi indiferente. În mod normal, o persoană este responsabilă şi, potenţial, vinovată moral pentru faptele sale prin care acţionează direct asupra altor persoane.

Dincolo de o situaţie etică interpersonală ideală şi paradigmatică ce poate avea nenumărate variante reale, probleme etice apar şi se cer rezolvate chiar şi în contexte în care mai multe persoane răspund de desfăşurarea existenţei altor persoane. În acest cadru organizaţional, care poate fi cel al unui spital, al unei şcoli sau al oricărei instituţii, al oricărei structuri ce urmează să respecte un program, să rezolve o sarcină, responsabilităţile pot interfera, se pot distribui şi dilua. De asemenea, responsabilitatea poate fi nu doar a executantului, ci şi a iniţiatorului, a celui ce concepe, plănuieşte un act şi deleagă sau obligă pe alţii să-l execute. Acesta ar fi responsabilul moral.

Responsabilitatea poate deriva – aşa cum s-a susţinut în câteva din paragrafele precedente – din statutul şi rolul social, din îndeplinirea unei funcţii, care – în cadrul prescripţiilor sale normative – poate avea consecinţe pozitive sau negative sub aspect moral. Desigur, persoana poate interpreta normativitatea funcţiei sale, poate găsi soluţii de compromis sau inovatoare, poate alege între variate aspecte de acţiune, poate refuza un anumit statut şi rol social, însă niciodată în viaţa socială nu se operează într-o lume ideală şi în condiţii de seră, astfel încât vor fi consecinţe pozitive şi posibil negative pentru

fiecare act. Problema e a sensului în care binele poate fi maximizat şi a înţelesului ce se dă binelui într-un domeniu de acţiune socială.

Ariile în care responsabilitatea difuzează în mod firesc sunt zone din care se pot găsi argumente pentru fuga de responsabilitate, dar şi pentru justificarea unor acţiuni personale cu încărcătură morală negativă. Se găsesc argumente pentru minimizarea vinovăţiei proprii, pentru dezumanizarea şi blamarea victimelor, pentru atribuirea vinovăţiilor. Efectele nocive pot fi ignorate, minimizate, reinterpretate. Aceste probleme l-au preocupat pe Bandura (1999), care le-a sintetizat schematic :



Atribuirea şi difuzarea responsabilităţii astfel încât subiectul să nu se mai considere „responsabil/vinovat" pentru actele sale cu sens moral negativ e o practică frecventă în cazul multor tipuri de tulburări de personalitate, în variate forme. Procesul se desfăşoară în paralel cu devalorizarea celuilalt ca persoană, cu transformarea acestuia într-un „el" insignifiant care are valoare de obiect, cifră, în poziţia de „oricine" sau „nimeni".

În cazul tulburărilor de personalitate, celălalt decade din rolul său de partener interpersonal privilegiat, din relaţia „eu-tu" transparentă şi responsabilă, ce presupune respectul reciproc, afecţiunea, implicarea şi grija, sprijinul şi potenţarea reciproce.

Anancastul ce se identifică cu rolul social nu ţine seama de celelalte persoane reale, ca subiecte cu valoare în sine. El este un pion în dinamica formalismelor sociale pe care le poate respecta abstract, dar fără implicarea reciprocităţii. Nu poate colabora cu altul, în măsura în care acesta nu se conformează întru totul manierei sale de a gândi şi acţiona. Pentru schizoid şi schizotipal, ceilalţi sunt nişte obiecte identice cu cele fizice şi merită un tratament similar cu al acestora şi, mai ales, pot fi neglijate. Pentru paranoid, ceilalţi sunt duşmani ce se cer îndepărtaţi, înlăturaţi, distruşi, evitaţi. Dacă intervine narcisismul, ceilalţi sunt doar nişte potenţiali admiratori, insignifianţi prin ei înşişi, la fel ca în cazul histrionicului ce are nevoie de spectatori aflaţi la distanţă. Antisocialul este evident dezinteresat de soarta celuilalt, pe care-l manipulează, exploatează, agresează. Pentru dependent, stăpânul necesar nu e niciodată un prieten apropiat, ci un *imago* abstract, important, dar fără valenţe de ataşament prietenos şi intimitate transparentă. Pentru evitant, ceilalţi sunt doar potenţiali critici, iar pentru cei cu TP de tip borderline, nişte obiecte cu semnificaţie variată, dar nicidecum parteneri în sensul profund al lui „tu", ce poate fi prieten sau iubit.

Această plasare la mare distanţă a celuilalt în cazul tulburărilor de personalitate face ca el să apară ca dezumanizat şi depersonalizat.

Din perspectivă morală, în cazul tulburărilor de personalitate vom întâlni următoarele aspecte :

- incapacitatea de a avea un comportament constant, cu sens moral pozitiv în raport cu celălalt, ceilalţi şi sine ;
- comportamente constante cu sens moral negativ, de tipul manipulării, torturării, neglijării, duplicităţii maligne ;
- egofilie, lipsă de generozitate, milă, compasiune, dar şi de ruşine şi a sentimentului de vinovăţie ;
- tendinţa de atribuire şi difuzare a responsabilităţii ;
- deficienţa raportării interpersonale de tip „eu-tu", cu tendinţa plasării celuilalt la distanţa indiferenţei, a obiectelor ce nu se cer stimate, a lui „oricine".

Această grilă s-ar cere plasată, în analiza oricărei tulburări de personalitate, alături de profilul tipologic-caracterial, categorial sau dimensional şi alături de alte caracteristici generale. O evaluare comprehensivă a unei persoane ce prezintă o tulburare de personalitate ar urma să cuprindă :

Elemente de caracterizare generală a tulburărilor de personalitate :
- caracterizare tipologică categorială (prototipică) sau/şi prin configurare dimensională ;
- caracterizare morală ;

Manipulare

duplicitate malignă | egoism, lipsa ruşinii şi vinovăţiei | neglijarea aproapelui

Terorizarea celuilalt

lipsa şi difuzarea responsabilităţii

Aspecte pozitive caracteriale în sensul capacităţilor de coping şi al dimensiunilor morale pozitive

Evaluarea calităţilor morale ale unui om ar necesita definiţii operaţionale, criterii şi un sistem standardizat de evaluare. E problematic dacă acest lucru e posibil în zilele noastre.

Caracterizarea unei persoane umane, inclusiv în cazul tulburărilor de personalitate, presupune şi relevarea aspectelor pozitive, nedistorsionate şi nedeficitare, fapt valabil şi pentru aspectul moral.

Consideraţiile făcute până la acest nivel sunt generale. Se cere, desigur, şi o abordare mai concretă. Ca oameni sau ca psihopatologi, putem evalua din punct de vedere moral pe un altul, îl putem caracteriza, iar dacă e psihopat, îi putem inventaria defectele, deficienţele morale. Dar e necesar şi să păstrăm punţi de legătură

(cognitive sau de altă natură), celălalt trebuie să rămână abordabil, pentru a nu ne rupe de semenii noştri.

Nu în ultimă instanţă, trebuie relevată ţinuta morală a psihiatrului, stresat să diagnosticheze şi să evaleze tulburările de personalitate cu deficienţe morale şi să-şi lege destinul de al acestora. În acelaşi cadru se înscriu şi atitudinile morale ale vieţii de zi cu zi, cele ale bunului-simţ, cele promovate şi sancţionate de cultura în care trăim, pentru că nu putem să izolăm în laboratoare şi eprubete oamenii de lângă noi, faţă de care avem atitudini spontane, variate trăiri, girate de „simţul comun" ce călăuzeşte o comunitate. Iar comunitatea fiecăruia e variată, incluzând tinerii ce trebuiesc călăuziţi şi persoanele mai vârstnice, pe care le respectăm sau la care ne raportăm cu recunoştinţă, dar, uneori, şi cu reproş, ca faţă de cei care ne-au îndrumat paşii în viaţă. Această comunitate umană e definită, desigur, şi istoric. Prezentul, cu evoluţiile tehnologice multiple, variate, complexe şi care se succed în mod rapid, influenţează evident conduitele morale, mai ales datorită impactului major pe care îl are în prezent mass-media asupra vieţii fiecăruia.

Probleme ca cele menţionate mai sus merită să fie în atenţia noastră, atunci când abordăm şi evaluăm concret dimensiunea morală a unei persoane cu tulburare de personalitate.

14.3. Deficienţa conştiinţei morale şi limbajul

Din vremea lui Aristotel şi Teofrast şi până la sfârşitul secolului XX, deci aproape timp de 2 500 de ani, limbajul curent a sedimentat o serie de cuvinte şi expresii care indică o modalitate particulară de manifestare a omului în societate şi care se potrivesc cu ceea ce, tradiţional, s-a înţeles prin tulburare de personalitate sau personalitate psihopată. Ele nu definesc tipuri de oameni şi nici categorii de comportament, dar reprezintă un *check-list* de aspecte ale modului

de a fi al oamenilor. Acestea ar putea fi inventariate dacă se aplică, mai mult sau mai puţin, la persoane care sunt diagnosticate ca având tulburări de personalitate, care sunt etichetate categorial sau configurate dimensional. Prezentăm în continuare o astfel de listă de termeni, aleşi aleatoriu, şi care poate fi, desigur, completată de oricine: rău, amoral, imoral, iresponsabil, necinstit, neomenos, criminal, mizerabil, laş, exploatator (al firii altora), manipulator (autocrat), dispreţuitor, lipsit de stimă şi respect (faţă de ceilalţi), fără scrupule, escroc, profitor, calomniator, brută (brutal), crud, nesimţitor (faţă de suferinţa altora), neruşinat, egoist, duplicitar, prefăcut, neautentic, incorect, linguşitor, ipocrit, mincinos, trădător (mişel), inconsecvent, superficial, nestatornic, nechibzuit, parazit, obraznic (neobrăzat), arogant (îngâmfat, infatuat), mojic (necioplit), sadic, pervers, nemilos, neruşinat, fără remuşcări, negeneros, răzbunător (vindicativ), cu resentimente, necruţător, terorizant, găunos, parşiv, infidel, slugarnic, nesincer, nedrept, nedemn, nepăsător, şantajist, profitor, fanfaron, oportunist, trufaş, şarlatan, meschin, intrigant, hrăpăreţ, violent etc. etc.

Caracteristicile desemnate de epitete, asemenea celor de mai sus, sunt distincte de cele care indică trăsături temperamental-caracteriale în sensul psihologiei diferenţiale a trăsăturilor, precum şi de expresiile de caracterizare a tulburărilor de personalitate din perspectiva psihopatologică, psihiatrică, orientate de categorii ca schizoidul, schizotipalul, paranoidul, histrionicul, anancastul, evitantul. Expresii cum sunt cele de mai sus nu pot fi ocolite în caracterizarea celor cu tulburări de personalitate. Aceasta deoarece cuvintele sunt depozitarul unor observaţii milenare, aşa cum au gândit şi cei care, în secolul XX, au pornit pe urmele identificării trăsăturilor psihice cele mai generale ale persoanei, ale caracteriologiei diferenţiale, căutând în dicţionare cuvinte caracterizante şi care, urmându-i pe Allport şi Cattel, au ajuns la cei cinci mari superfactori.

Cuvintele fac parte din istorie, la fel ca oraşele, catedralele, palatele, epopeile, tragediile şi romanele. De-a lungul istoriei, ele

crează ţesătura, pânza de fond pe care se desenează viaţa de zi cu zi a oamenilor, ce nu încetează niciodată să se caracterizeze unul pe altul şi să depene poveşti, despre zei şi eroi, despre persoane cunoscute sau despre personaje fictive, plasate în zona imaginarului sau a realităţii cotidiene. Binele şi răul nu sunt doar valori concepte, despre care vorbesc filosofii şi teologii, ci sunt realităţi constante, „încarnate", prezente mereu în jurul nostru, zi de zi, ceas de ceas, întreţesute cu rostirea unor cuvinte asemenea celor mai sus menţionate. Felul în care percepem, înţelegem, decupăm, citim şi comentăm cazurile persoanelor cu probleme, cu tulburări de personalitate, cu „psihopatie" ne caracterizează în mare măsură pe noi, epoca şi cultura noastră.

Conceptul de *persoană umană* şi realitatea persoanei umane sunt şi ele o „creaţie" istorică, la fel ca filosofia sau creştinismul ; la fel, conceptul de *tulburare de personalitate*, de *psihopatie*. Ne este şi acum greu să înţelegem cum de există unele cazuri monstruoase de personalitate amoral-patologică, după cum ne e dificil să „explicăm" dragostea neţărmurită, credinţa adâncă, bunătatea, fanatismul, creativitatea, toate aceste aspecte ale firii noastre, ale endogenului fiinţării noastre.

În acest context, ne putem întreba, fără a întrezări vreun răspuns, în ce sens se va metamorfoza de-a lungul veacurilor ceea ce înţelegem noi astăzi prin *persoana umană* şi prin *tulburările* sale ?

Bibliografie

Abraham, J.K. (1921), „Contributions to the theory of the anal character", în D. Bryan şi A. Strachey (1968), *Selected papers of Karl Abraham*, Basic Books, New York, pp. 370-392.

Abraham,J.K. (1927), „Character – formation on the genital level of the libido", în J.K. Abraham, *Selected papers on psychoanalysis*, Hogarth Press, Londra.

Abraham, R.E. ; Van, G.L. *et al.* (2001), „The developmental profile", *Journal of Personality Disorders*, nr. 15(5), pp. 457-473.

Abrams, R.C. şi Harowitz, S.V. (1996), „Personality disorders after age 50 : a meta-analysis", *Journal of Personality Disorders*, nr. 10 (3), pp. 271-281.

Achenbach, T.M. (1991), *Manual for the Child Behavior Checklist, Age 4-18 and 1991 Profile*, University of Kormant, Department of Psychiatry, Burlington, VT.

Adler, P. (1980), „Transference, real relationship and alliance", *Journal of Psychoanalysis*, nr. 61, pp. 547-558.

Adlington, R. (1925), *A Book of Characters*, George Routledge and Sons Ltd, New York.

Aichorn, A. (1925), *Wayward youth*, Viking, New York.

Akiskal, H.S. (2004), „Demistifying borderline personality : critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kindship with the bipolar spectrum", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, nr. 110, pp. 401-407.

Alarcon, R.D. (1998), *Personality Disorders and Culture : Clinical and Conceptual Interactions*, Wiley, New York.

Alexander, F. (1930), „The neurotic character", *International Journal of Psychoanalysis*, nr. 11, pp. 291-311.

Alexander, F. (1935), *The roots of crime*, Knopf, New York.

Alexander, F.G. şi Selesnik, S.T. (1972), *Histoire de la Psychiatrie*, Librairie Armand Colin, Paris.

Allport, Gordon W. (1970), *Structure et developpement de la personalité*, Delachax et Niestle, Neuchatel.

Anderson, E.M. şi Lambert, M.J. (1995), „Short-term dynamically oriented psychotherapy : a review and metaanalysis", *Clin. Psychol. Rev.*, nr. 15, pp. 504-514.

Appelbaum, A.H. (1994), „Psychoterapeutic routes to structural change", *Bulletin of Menninger Clinic*, nr. 58, pp. 37-54.

Aristotel (1988), „Caracterele", în La Bruyère, *Caracterele sau moravurile acestui veac*, Editura pentru Literatură, Bucureşti.

Aristotel (1988), *Etica Nicomatică*, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.

Aristotel (2005), *Despre suflet*, Editura Humanitas, Bucureşti.

Astingtom, J.W. (1993), *The child's discovery of the mind*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

Baltes, M.M. (1996), *The many faces of dependency in old ages*, Cambridge University Press, Cambridge.

Baltes, P.B. (1997), „On the incomplete arhitecture of ontogeny", *American Psychologist*, nr. 52, pp. 366-380.

Baltrusaitis, J. (1972), *Aberaţii. Fisiognomie animală*, Editura Meridiane, Bucureşti.

Bandura, A. (1999), „Social Cognitive Theory of Personality", în L.A. Pervin şi O.P. John (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, Londra, pp. 154-196.

Bank, P.A. şi Slik, K.R. (2001), „Axis I and II interaction", *Curent Opinion in Psychiatry*, nr. 141, pp. 137-143.

Barber, J.P. şi Muenz, L.R. (1996), „The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy : empirical findings from the Treatment for Depression Collaborative Research Program", *J. Consult. Clin. Psychol.*, nr. 64, pp. 951-958.

Barker, P. (1985), *Using metaphors in psychotherapy*, Brummer/Mazel, New York.

Barratt, E.S. *et al.* (1997), „The effects of phenytoin on impulsive and premeditated aggression : a controlled study", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, nr. 17, pp. 341-349.

Bateman, A. şi Fonagy, P. (1999), „Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder : a randomized controlled trial", *American Journal of Psychiatry*, nr. 156, pp. 1563-1569.

Bateman, A.W. şi Fonagy, P. (2003), „The development of an attachment – based treatment program for borderline personality disorder", *Bulletin of Menninger Clinic,* nr. 67, pp. 187-211.

Bauman, Zygmund (2000), *Etica Postmodernă*, Editura Amarcord, Timişoara.

Beck, A.T. *et al.* (1990), *Cognitive therapy for personality disorders*, The Guilford Press, New York.

Beck, J.S. (1996), „Cognitive therapy for personality disorder", în Salkovskis P.M. (ed.), *Frontiers of cognitive therapy*, The Guilford Press, New York, Londra.

Bellu, N. (1974), *Etica lui Kant*, Editura Ştiinţifică, Bucureşti.

Bender, D.S. *et al.* (2003), „Representations of therapists by patients with personality disorders", *American Journal of Psychotherapy*, nr. 57, pp. 219-236.

Benedetti, F. *et al.* (1998), „Low dose clozapine in acute and continuation treatment of severe borderline personality disorder", *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 59, pp. 103-107.

Benjamin, L.S. (1974), „Structural analysis of social behavior", *Psychological Review*, nr. 81, pp. 392-425.

Benjamin, L.S. (1999), „Psychosocial factors in the development of personality disorders", în Cloninger C.R., *Personality and Psychopathology*, American Psychiatric Press, Washington DC, pp 309-342.

Benjamin, L.S. (2003), *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*, Guilford Press, New York.

Berenbaum, H. şi Fujita, F. (1994), „Schizophrenia and personality: exploring the boundaries and connections between vulnerability and outcome", *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 103 (1), pp. 148-158.

Bernstein, D.P. şi Travaglini, L. (1993), „Schizoid and avoidant personality disorders", în T. Millon, P.H. Blaney şi R. Davis (eds.), *Oxford Textbook of Psychopathology*, Oxford University Press, Oxford, pp. 523-534.

Bernstein, D.P.; Kasapis, C. *et al.* (1997), „Assessing axis II disorders by informant interview", *Journal of Personality Disorders*, nr. 11 (2), pp. 158-167.

Bernstein, D.P.; Useda, D. şi Siever, L. (1993), „Paranoid personality disorder: review of the literature and recomandations for DSM-IV", *Journal of Personality Disorders*, nr. 7, pp. 53-62.

Berrios, G.E. (1996), *The history of mental symptoms*, Cambridge University Press, Cambridge.

Bienvenu, O.J. şi Stern, M.B. (2003), „Personality and anxiety disorders: a review", *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (2), pp. 139-151.

Black, D.W. *et al.* (1991), „The prediction of recovery using a multivariate model in 1471 deppressed impatients", *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, nr. 241, pp. 41-45.

Blackburn, R. (1975a), „An empirical classification of psychopathic personality", *British Journal of Psychiatry*, nr. 127, pp. 456-460.

Blackburn, R. (1975b), „Psychopathy and the contribution of Personality violence", în Millon T., Simonsen E., Birket-Smith M. (eds.) (1998), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York, pp. 50-68.

Blatt, S.J. şi Ford, T.Q. (1994), *Therapeutic Change: An Object Relations Perspective*, Plenum, New York.

Bleuler, E. (1924), *Textbook of Psychiatry*, Marmillon, New York.

Block, J. (1993), „Studying personality the long way", în D. Funder, R.D. Parke, C. Tomlinson Keasy, K. Widaman (eds.), *Studying lives through time: Personality and development*, American Psychological Association, Washington DC, pp. 9-41.

Bloom, B.S. (1984), *Stability and change in human characteristics*, Whiley, New York.

Blum, H. (1973), „The concept of erotized transference", *Journal of American Psychoanalysis Association*, nr. 21, pp. 61-76.

Boboc, A. (1971), *Etică şi axiologie în opera lui Max Scheler*, Editura, Ştiinţifică, Bucureşti.

Boethius şi Salvianus (1992), *Scrieri*, Editura Institutului Biblic, Bucureşti.

Bond, M.H. (1994), „Trait theory and cross-cultural studies of person perception", *Psychological Inguiry*, nr. 5, pp. 114-168.

Bornstein, R.F. (1998), „Implicit and self-attributed dependency needs in dependent and histrionic personality disorder", *Journal Press Assessment*, nr. 71, pp. 1-14.

Bornstein, R.F. (1999), „Dependent and hystrionic personality disorders", în T. Millon, P. Blaney şi R. Davis (eds.), *Oxford Textbook of Psychopathology*, Oxford University Press, Oxford, pp. 535-555.

Bouckoert, Luk (1999), „The Project of a Personalistic Economics", *Ethical Perspectives*, nr. 1.

Bowlby, J. (1969), *Attachment and Loss*, vol. I., *Attachment*, Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis, Londra.

Bowlby, J. (1973), *Attachment and Loss*, vol. II, *Separation, Anxiety and Anger*, Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis, Londra.

Bowlby, J. (1980), *Attachent and Loss*, vol. III, *Loss, Sadness and Depression*, Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis, Londra.

Bowlby, J. (1988a), *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*, Basic Books, New York.

Bowlby, J. (1988b), *Attachment and Loss*, Basic Books, New York.

Breeur, Roland (1999), „Individualism and Personalism", *Ethical Perspectives*, nr. 1.

Bretherton, J. (1987), „New perspectives on attachment relations: security, communication and internal working model of self and relationship partners, în Fletcher J. (ed.), *Knowledge Structures in Close Relationships: A Social Psychological Approach*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, pp. 25-61.

Brinkley, J.R. *et al.* (1979), „Low dose neuroleptic regimes in the treatment of borderline patients", *Archives of General Psychiatry*, nr. 36, pp. 319-326.

Briquet, P. (1859), *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, Bailliére, Paris.

Buie, D.H. şi Adler, G. (1982), „Definitive treatment of the borderline personality", *Journal of Psychoanalytical Psychoterapy*, nr. 9, pp. 51-87.

Bursten, B. (1972), „The manipulativ personality", *Archives of General Psychiatry*, nr. 6, pp. 318-321.

Buss, A.H. şi Plomin, R. (1975), *A Temperament Theory of Personality*, Wiley, New York.

Buss, D.M. (1994), *The evolution of desire: Strategies of human moting*, Basic Books, New York.

Buss, D.M. şi Shackelford, T.K. (1997), „From vigilence to violence: Mate retention tactus in married couples", *Journal of Personality and Social Psychology*, nr. 72, pp. 346-361.

Buss, D.M.; Haselton, M.G.; Shack, Elford T.K.; Bleske, A.L. şi Wakefield, J.C. (1998), „Adaptations, exaptations and spandrels", *American Psychologist*, nr. 53, pp. 533-548.

Campanella, Th. (1959), *Cetatea soarelui*, Editura Ştiinţifică, Bucureşti.

Carlson, Elizabeth A. (1995), „Contributions of Attachment Theory to Developmental Psychopatology", în Cicchetti Dante, Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol.I, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 581-617.

Casey, P. (2001), „The epidemiology of personality disorders", în Tyrer P., *Personality Disorders*, Wright, Butterworth and Co, Londra, pp. 71-19.

Casey, P. *et al.* (1996), „Personality functioning and recovery from major depression", *Journal of Nervous and Mental Disorders*, nr. 184, pp. 240-245.

Casey, P. şi Butler, E. (1995), „The effects of personality on the response to ECT in major depression", *Journal of Personality Disorder*, nr. 9, pp. 134-142.

Caspi, A. (1998), „Personality development across the life course", în W. Damon, N. Eisenberg (eds.), *Handbook of child psychology*, vol. III: *Social emotional and personality development*, Guilford Press, New York, pp. 311-388.

Caspi, A. şi Roberts, B.W. (1999), „Personality continuity and change across the life course" în Pervin L.A. şi John O.P. (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 300-326.

Caspi, Avshalom şi Moffit, Terrie E. (1995), „The Continuity of Maladaptative Behaviours: From Description to Understanding in the Study of Antisocial Behaviour", în Cicchetti Dante, Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. II, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 472-511.

Caspi, Avshalom şi Roberts, Brent W (1999), „Personality Continuity and Change across. Life course", în Pervin A. Lawrence şi John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 303-326.

Chapman, L.J. *et al.* (1994), „Putatively psychosis – prone subjects 10 years later", *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 103 (2), pp. 171-183.

Cîmpan, D. şi Nireştean, A. (2004), „Tulburarea de personalitate de tip narcisic – Aspecte fenomenologice şi de abordare psihoterapeutică", în A. Nireştean (ed.), *Tulburările personalităţii – repere clinico-evolutive şi terapeutice*, Editura Mureş, Târgu-Mureş, pp. 160-173.

Clark, A. şi Watson, D. (1999), „Personality, Disorder, and Personality Disorder: towards a more rational conceptualization", *Journal of Personality Disorders*, nr. 13 (2), pp. 142-151.

Clark, A.L.; Vittengal, J. *et al.* (2003), „Separate personality traits from states to predict depression", *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (2), pp. 152-172.

Clark, L.A. şi Harrison, J.A. (2001), „Assessment Instruments", în Livesley W.J. (ed.) (2001), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 277-307.

Clark, L.A. şi Livesley, W.J. (1997), „Special feature: personality disorder assessment: the challenge of construct validity", *Journal of Personality Disorders*, nr. 11 (3), pp. 205-231.

Clark, Lee Ann şi Watson, David (1999), „Temperament: A New Paradigm for Trait Psychologes", în Pervin A. Lawrence şi John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 399-423.

Clarkin, J.F. (1999), *Psychotherapy for Borderline Personality*, Wiley, New York.

Cleckley, H. (1941), *The Masc of Sanity*, Henry Kimpton, Londra.

Cleckley, H. (1964), *The Mask of Sanity*, C.V. Morby Company, Saint Louis.

Cloninger, C.R. (1987), „A systematic method for clinical description and clasification of personality variants", *Archives of General Psychiatry*, nr. 44, pp. 573-588.

Cloninger, C.R. (2000), „A practical way to diagnosing personality disorder: a proposal", *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (2), pp. 99-108.

Cloninger, C.R. (2004), *Feeling good*, Oxford University Press, Oxford.

Cloninger, C.R. (2005), „Antisocial Personality Disorder: A Review", în M. Maj, H.S. Akiskal, J.E. Mezzich şi A. Okasha (eds.), *Personality Disorders*, Wiley, Chichester.

Cloninger, C.R. *et al.* (1993), „A psychobiological model of temperament and character", *Archives of General Psychiatry*, nr. 50, pp. 975-990.

Cloninger, C.R. şi Svrakic, D.R. (1998), „Personality Disorders", în Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock (eds.), *Kaplan and Sadock's, Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia, pp. 1723-1764

Cloninger, C.R.; Adolfsson, R. şi Svrakic, D.M. (1996), „Mapping genes for human personality", *Nature Genetics*, nr. 12, pp. 3-4.

Cloninger, C.R.; Przybek, T.R. şi Svrakic D.M. (1994), *The temperament and character inventory (TCI)*.

Cloninger, C.R.; Reich, T. şi Guze, S.B. (1975), „A multifactorial model of disease transmision in familial relationships between sociopathy and hysteria (Brignet's syndrome)", *British Journal of Psychiatry*, nr. 127, pp. 23-32.

Cloninger, C.R.; Svrakic, D.M. şi Pryzbeck, T.R. (1993), „A psychobiological model of temperament and character", *Archives of General Psychiatry*, nr. 50, pp. 975-990.

Cociu, M. (1999), *Etologie*, Editura All, Bucureşti.

Cohen, Simon-Baron (1995), „Theory of Mind and Face – Processing: Now Do They interact in Development and Psychopathology?", în Cicchetti Dante şi Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. I, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 343-356.

Coker, L.A.; Samuel, D.B. şi Widiger, T.A. (2001), „Maladaptative personality functioning within the big five and five-factor model", *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (5), pp. 385-401.

Corman, Luis (1970), *Le diagnostic de l'inteligence par la morpho-psychologie*, PUF, Paris.

Cornelius, J.R. *et al.* (1990), „Fluoxetine trial in borderline personality disorder", *Psychopharmacology Bulletin*, nr. 26, pp. 151-154.

Cornelius, J.R. *et al.* (1993), „Continuation pharmacotherapy of borderline personality disorder with haloperidol and phenalzine", *American Journal of Psychiatry*, nr. 150, pp. 1843-1848.

Costa, P.T. şi McCrae R.R. (1988), „Personality in adulthood : A six year longitudinal study of self-reports and spouse ratings of the NEO personality inventory", *Journal of Personality and Social Psychology*, nr. 54, pp. 853-863.

Costa, P.T. şi McCrae, R.R. (1922), *Neo PI-R. Professional manual*, Psychological Assessment Resourses, FL, Odessa.

Costa, P.T. şi McCrae, R.R. (1985), *The NEO Personality Inventory Manual*, E.L. Psychological Assesment Resourses, Odessa.

Costa, P.T. şi Widiger, T.A. (eds.) (2001), *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality,* ediţia a II-a, American Psychological Association, Washington DC.

Cowdry, R.W. şi Gardner, D.L. (1988), „Pharmacotherapy of borderline personality disorder : alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine and tranylcypramine", *Archives of General Psychiatry*, nr. 45, pp. 111-119.

Crawford, Th.H. ; Cohen, P. şi Brooke, J.S. (2001), „Dramatic-errotic personality disorder symptoms : continuity from early adolescence into adult hood", *Journal of Personality Disorders*, nr. 15(4), pp. 319-335.

Curran, D. şi Mallinson, W.P. (1944), „Recent progress in Psychiatry : psychopathic personality", *Journal of Mental Science*, nr. 90, pp. 266-287.

Dafinoiu, I. (2002), *Personalitatea. Metode calitative de abordare*, Editura Polirom, Iaşi.

Damasio, Antonio R. (2004), *Eroarea lui Descartes*, Editura Humanitas, Bucureşti.

Darrow, M.R. *et al.* (1970), „Recollections childhood : A study of the retrospective method", *Monographs of the Society for Research in Child Development*, nr. 35(5).

Davidson, K.M. (2000), *Cognitive therapy for personality disorders : a treatment manual*, Butterworth-Heinemann, Oxford.

Davidson, K.M. şi Tyrer, P. (1996), „Cognitive therapy for antisocial and borderline personality disorders : single case series", *British Journal of Clinical Psychology*, nr. 35, pp. 413-429.

Davies, Dilys şi Bhugra, Dinesh (2004), *Models of Psychopathology*, Open University Press, Berkshire.

De La Fuente, J.M. şi Cotstra, F. (1994), „A trial of carbamazepine in borderline personality disorder", *European Neuropsychopharmacology*, nr. 4, pp. 479-486.

De la Rie, S.M. ; Duijsens, I.J. şi Cloninger, C.R. (1998), „Temperament, character and personality", *Journal of Personality Disorders*, nr. 12 (4), pp. 362-372.

Debellis, M.D. *et al.* (1999a), „Developmental traumatology part I : biological stress systems", *Biological Psychiatry*, nr. 45, pp. 1259-1270.

Debellis, M.D. *et al.* (1999b), „Developmental traumatology part II : brain development", *Biological Psychiatry*, nr. 45, pp. 1271-1284.

Dehelean, M. ; Dehelean, P. şi Dehelean, L. (2005), „O problemă controversată : modelul categorial *vs* dimensional al tulburărilor de personalitate", în A. Nireştean (ed.), *Personalitate – între anormalităţi biologice şi interpretări culturale*, Editura Universităţii, Tg.-Mureş, pp. 73-101.

Dehelean, M. ; Dehelean, P. şi Dehelean, L. (2006), „Conceptul nosologic al tulburărilor de personalitate", în A. Nireştean (ed.), *Tulburările de personalitate*, Editura Universităţii, Tg.-Mureş.

Delors, J. (1999), „European Personalist Perspectives", *Etical Perspectives*, nr. 1, p. 6.

Deltito, J.A. şi Stam, M. (1989), „Psychopharmacological treatment of avoidant personality disorder, *Comprehensive Psychiatry*, nr. 30, pp. 498-504.

Derksen, J. (1995), *Personality Disorders : Clinical and Social Perspectives*, Whiley, New York.

Descartes, R. (1984), *Pasiunile sufletului*, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.

Descartes, R. (1994), *Meditaţii despre filosofia primă*, Editura Humanitas, Bucureşti.

Dick, J.R. *et al.* (2001), „Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorders, panic disorders with and without agoraphobia and social phobia", *Journal of Personality Disorders*, nr. 15, pp. 60-71.

Dishion, T.H. ; French, D.C. şi Patterson, G.R. (1995), *The development and ecology of antisocial behaviour*, pp. 424-471.

Dishion, Thomas ; French, Doron C. şi Gerald, R. (1995), „Development and Ecology of Antisocial Behaviour", în Cicchetti Dante şi Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. II, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 421-471.

Dolan, B. *et al.* (1995), „Multiple Axis II diagnoses of personality disorder", *British Journal of Psychiatry*, nr. 166, pp. 107-112.

Dolan, B. şi Coid, J. (1993), *Psychopathic and antisocial personality disorders : treatment and research issues*, Gaskell Books, Royal College of Psychiatrists, Londra.

Dolan, B. *et al.* (1996), „Cost-offset following specialist treatment of severe personality disorder", *Psychiatric Bulletin*, nr. 20, pp. 413-417.

Dolan-Sewel, R.T. *et al.* (2001), „Co-occurrence with syndrome disorders", în Livesley W.J. (ed.), *Handbook of Personality Disorders : Theory, Research and Treatment,* Guilford Press, New York, pp. 84-104.

Dorian, G. (1993), *Zodiac universal*, Editura Vremea, Bucureşti.

Drake, R.E. şi Vaillant, G.E. (1988), „Longitudinal views of personality disorder", *Journal of Personality Disorders*, nr. 2(1), pp. 44-48.

Dreesen, L. *et al.* (1997), „Personality disorders do not influence the results of cognitive and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder", *Journal of Anxiety Disorders*, nr. 11, pp. 503-521.

Driessen, M. *et al.* (2000), „Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization", *Archives of General Psychiatry*, nr. 57, pp. 1115-1122.

Dyck, J.R ; Philips, K.A *et al.* (2001), „Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with and without agoraphobia, and social phobia", *Journal of Personality Disorders*, nr. 15 (1), pp. 60-71.

Edler, N.S. şi Kocovski, N.L. (2002), „Personality Disorders at the crossroad", *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (6), pp. 487-502.

Eissler, K.R. (1949), *Search lights on deliquency : Esseys in honor of August Aichorn*, International University Press, New York.

Ekselius, L. şi von Knoring, L. (1999), „Change in personality status during treatment with sertraline or citalopram", *British Journal of Psychiatry*, nr. 174, pp. 444-448.

Elfenberger, Henri F. (1994), *Histoire de la decouverte de l'inconscient*, Fayard, Paris.

Ellis, H. (1939), „Autoerotism : A psychological study", *Alienist and Neurologist*, nr. 19, pp. 260-299.

Endler, M.S. şi Kocovski, M.L. (2002), „Personality Disordes at the Crossroad", *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (6), pp. 487-502.

Erikson, E. (1950), *Childhood and society*, Norton, New York.

Espy, J. (1994), „The caracter disordered family system", *Gestalt Journal*, nr. 17, pp. 93-105.

Evans, K. *et al.* (1999), „Normal assisted cognitive-behavior therapy : a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm", *Psychological Medicine*, nr. 29, pp. 19-25.

Eysenck, H.J. (1989), „Personality and Crime", în Millon T., Simonsen E. şi Birket-Smith M. (eds.) (1998), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, Guilford Press, New York, pp. 40-49.

Eysenck, H.J. şi Eysenck, M.W. (1985), *Personality and individual differences*, Plenum Press, New York.

Fabrega, H. (1994), „Personality Disorders as medical entities : a cultural interpretation, *Journal of Personality Disorders*, nr. 8 (2), pp. 149-167.

Fairbairn, W.R.D. (1954), *An Object-Relations Theory of the Personality*, Basic Books, New York.

Falconer, D.S. şi Mackay, T.F.C. (1996), *Introduction to quantitative genetics*, Longman, Harlow, UK.

Feighner, J.P.; Robins, E.G.; Guze, E. *et al.* (1972), „Diagnostic Criteria for use in psychiatric research", *Archives of General Psychiatry*, nr. 26, pp. 57-63.

Feist, Jess (1985), *Theories of Personality*, Rinehart and Winston, Holt.

Feske, U. *et al.* (2004), „Clinical outcome of ECT in patients with major depression and comorbid borderline personality disorder", *American Journal of Psychiatry*, nr. 161, pp. 2073-2080.

Field, D. şi Miusap, R.E. (1991), „Personality in advanced old age: Continuity or change?", *Journal of Gerontology*, nr. 48, pp. 299-308.

Flick, S.N. *et al.* (1993), „DSM-III-R personality disorders in a mood and anxiety disorders clinic: prevalence, comorbidity and clinical correlates", *Journal of Affective Disorders*, nr. 27, pp. 71-79.

Fonagy, P. (1991), „Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient", *International Journal of Psychoanalysis*, nr. 72, pp. 1-18.

Fonagy, P. (2001), *Attachment Therapy and Psychoanalysis*, Other Press, New York.

Fonagy, P. *et al.* (1995a), „Attachment, borderline states and the reprezentation of emotions and cognitions inself and other", în Cicchetti D.T. şi Sheree L. (eds.), *Emotion, Cognition and Representation*, University of Rochester Press, New York, pp 371-414.

Fonagy, P. *et al.* (1995b), *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*, Analitic Press, Hillsdale, NJ, pp. 233-278.

Fonagy, Peter; Taryet, Mary; Steele, Miriam şi Gerber, Andrew (1995), „Psychoanalitic Perspective in Developmental Psychopatology", în Cicchetti Dante şi Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. I, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 504-556.

Fonagy, P. *et al.* (2000), „Attachment and BPD: a therapy and some evidence", *Psychiatric Clinic of North America*, nr. 23, pp. 103-122.

Ford, D.H. şi Lerner, R.M. (1992), *Developmental systems therapy: An integrative approach*, CA Sage, Newbury Park.

Forehand, R. şi McMahon, R.J. (1981), „Teaching parents to modify child behavioral problems: an examination of some follow-up data", *Journal of Pediatric Psychology*, nr. 6, pp. 323-322.

Frank, E. *et al.* (1990), „Three year outcomes for maintenance therapies in recurent depression", *Archives of General Psychiatry*, nr. 47, pp. 1093-1099.

Frankenburg, F.R. şi Zanarini, M.C. (1998), „Clozapine treatments of borderline patients: a preliminary study", *Comprehensive Psychiatry*, nr. 34, pp. 402-405.

Frankenburg, F.R. şi Zanarini, M.C. (2002), „Divalproex sodium treatment women with borderline personality disorder and bipolar II disorder: a double blind placebo controlled pilot study", *Journal of Clinical Ppsychiatry*, nr. 63, pp. 442-446.

Freinhar, J.P. şi Alvarez, W.A. (1985), „Clonazepam: a novel therapeutic adjunct", *International Journal of Psychoanalysis Medicine*, nr. 15, pp. 321-328.

Freud, Anna (1936), *The writings of Anna Freud*, vol. II, International University Press, New York.

Freud, S. (1908/1972), *Charakter und Analerotik*, vol. VII, Fischer Verlag, Frankfurt am Main.

Freud, S. (1914/1957), „On narcissism: on introduction", în J. Strachey (ed.), *Collected Works*, vol. XIV, Hogarth Press, Londra, pp. 69-102.

Freud, S. (1923), „The ego and the id", în Strachey J. (ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. XIV, Hohgarth Press, Londra, pp. 1-66.

Freud, S. (1925), „Some character types met with in psycho-analytic work", în Freud S., *Collected papers*, vol. IV, Hogarth Press, Londra, pp. 318-344.

Freud, S. (1953), *Three essays on the theory of sexuality*, J. Strachey (ed. and trans.) in collaboration with A Freud. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (vol. VII, pp. 143-243), Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, Londra.

Friedlander, K. (1945), „Formation of the antisocial character", *Psychoanalytic Study of the Child*, nr. 1, pp. 189-203.

Fromm, E. (1942), *Fear of Fredom*, Routledge, Londra.

Fromm, E. (1973), *The anatomy of human destructiveness*, Holt, Rinehard and Winston, New York.

Gabbard, G.O. (1983), „Further contributions to the understanding of stage fright : Narcissistic issues", *Journal of the American Psychoanalitic Association*, nr. 31, pp. 423-441.

Gabbard, G.O. (2000), „Psychoanalysis", în Kaplan H.I. şi Sadock B.J., *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, vol. I, Williams and Wilkins, Baltimore, pp. 431-478.

Gabbard, G.O. (2000), *Psyhodynamic Psychiatry in Clinical Practice : The DSM-IV Edition*, American Psychiatric Press, Washington DC.

Gabbard, G.O. (2004), *Long-Therm Psychodynamic Psychotherapy : A Basic Text*, American Psychiatric Publishing, Washington DC.

Gabbard, G.O. *et al.* (2002), „The place of psychoanalytic treatments within psychiatry, *Archives of General Psychiatry*, nr. 59, pp. 505-510.

Gadamer, H.G. (2001), *Adevăr şi metodă*, Editura Teora, Bucureşti.

Gangestad, S.W. şi Simson, J.A. (1990), „Toward an evolutional history of female sociosexual variation", *Journal of Personality*, nr. 58, pp. 69-96.

Gardner, D.L. şi Cowdry, R.W. (1985), „Alprazolam-induced dyscontrol in borderline personality disorder", *American Journal of Psychiatry*, nr. 142, pp. 98-100.

Gibbons, M.B.C. *et al.* (2003), „Pretreatment expectations, interpersonal functioning and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy", *Psychoterapy Research*, nr. 13, pp. 59-76.

Glas, G. (2006), „Person, Personality, Self and Identity : A phylosophical informed conceptual analysis", *Journal of Personality Disorders*, nr. 20 (2), pp. 126-138.

Golberg, D. *et al.* (1986), „Borderline and schizotipal personality disorders treated with low dose thiotixene vs placebo", *Archives of General Psychiatry*, nr. 43, pp. 680-686.

Goldberg, L.R. (1992), „The development of markers for the Big-Five Factor structure", *Psychological Assessment*, nr. 4, pp. 26-42.

Goldfried, M.R. *et al.* (1978), „The reduction of test anxiety through cognitive restructuring", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 46, pp. 32-39.

Gorgos, C. (1989), *Dicţionar enciclopedic de psihiatrie*, vol. III, Editura Medicală, Bucureşti.

Graham, P.J. şi Stevenson, J.E. (1987), „Temperament, personality and personality disorder", *British Journal of Psychiatry*, nr. 150, pp. 872-873.

Green, Dorian (1993), *Zodiac Universal*, Editura Vremea, Bucureşti.

Greenber, J.R. şi Mitchel, S.A. (1983), *Object relations in psychoanalitic theory*, Harvard University Press, Cambridge MA.

Grilo, M.C. şi McGlashan, Th.H. (2005), „Course and outcome of personality disorders", în Oldham J.M., Skodal A.E. şi Bender D.S. (eds.), *Handbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing, Washington.

Guisinger, S. şi Blatt, S.J. (1994), „Individuality and relatedness : Evolution of fundamental dialect", *American Psychologist*, nr. 49, pp. 104-111.

Gunderson, J.G. ; Ronningstam, E. şi Smith, L. (1991), „Narcissistic personality disorder : a review of data on DSM-III-R descriptions", *Journal of Personality Disorders*, nr. 5, pp. 167-177.

Gunderson, J.G. ; Zanarini, M. şi Kisiel, C. (1991), „Borderline personality disorders : a review of date on DSM-III-R descriptions", *Journal of Personality Disorders*, nr. 5, pp. 340-352.

Gunderson, J.G. (1996), „Borderline patient's intolerance of aloneness : insecure attachments and therapist availability", *American Journal of Psychiatry*, nr. 153, pp. 752-758.

Gunderson, J.G. (2000), „Psychodinamic psychotherapy for borderline personality disorder", în Gunderson J.G. şi Gabbard G.O. (eds.) *Psychotherapy for Personality Disorders*, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 33-64.

Gunderson, J.G. (2001), *Borderline Personality Disorder : A Clinical Guide*, American Psychiatry Press, Washington DC.

Gunderson, J.G. *et al.* (2004), „Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited : longitudinal interactions", *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 65, pp. 1049-1056.

Gunderson, J.G. şi Gabbard, G.O. (1999), „Making the care for psychoanalytic therapies in the current psychiatric world", *Journal of American Psychoanalysis Association*, nr. 47, pp. 679-703.

Gunderson, J.G. şi Philips, K.A. (1999), „A current view of the interface between borderline personality disorder and depression", *American Journal of Psychiatry*, nr. 148, pp. 967-975.

Gunderson, J.G. ; Links P.S. *et al.* (1991), „Competing models of personality disorder", *Journal of Personality Disorders*, nr. 5 (1), pp. 60-68.

Gunderson, J.G. ; Shea, M.T. *et al.* (2000), „The collaborative longitudinal personality disorders study : development, aims, design and sample characteristics", *Journal of Personality Disorders*, nr. 14(4), pp. 300-315.

Guther, T.G. (1982), „The psychology of psychopharmacology", *Bulletin of Menninger Clinic*, nr. 461, pp. 321-330.

Guther, T.G. şi Havens, L.L. (1979), „The therapeutic alliance : contemporary meanings and confesions", *International Review of Psychoanalisis*, nr. 6, pp. 467-481.

Guze, S.B. *et al.* (1986), „A follow-up and family study of Brignet's syndrome", *British Journal of Psychiatry*, nr. 149, pp. 17-23.

Hamann, B. (2004), *Cele douăsprezece arhetipuri. Semnul zodiacal şi structura personalităţii*, Editura Mix, Braşov.

Hamer, D. şi Copeland, P. (1998), *Living with our genes*, Doubleday, New York.

Hanser, Stuart T. şi Safyer, Andrew W. (1995), „The contributions of Ego Psychology to Developmental Psychopatology", în Cicchetti Dante şi Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. I, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 535-580.

Hare, R.D. (1986), „Twenty Years of Experience with the Cleckley Psychopathy", în Reis W.M. *et al.* (eds.), *Unmasking the Psychopathy*, W.W. Northon & Company, New York, Londra.

Hare, R.D. (1986), *The Hare Psychopathy Checklist*, Multi Health Systems, Toronto.

Hare, R.D. (1991), *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*, Multi-Health System, Toronto.

Hare, R.D. (1996), „Psychopaths and Their Nature : implication for the Mental Health and Criminal Justice Sistems", în Millon T., Simonsen E. şi Birket-Smith M. (eds.) (1998), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York, pp. 188-214.

Harper, S. (1998), „The development of self-reprezentations", în Damon W. şi Eisenberg N, (eds.), *Handbook of Child Psychology*, vol. III, *Social, Emotional and Personality Development*, Whiley, New York, pp. 553-617.

Harris, J.R. (1998), *The Nurture Assumption*, Free Press, New York.

Havens, L. (1989), *Safe Place*, Harvard University Press, Cambridge MA.

Head, S. *et al.* (1991), „Family characteristics of dependent personality disorder", *Journal of Personality Disorders*, nr. 5, pp. 256-263.

Hegel, Georg şi Wilhem, Friedrich (1965), *Fenomenologia spiritului*, Editura Academiei, Bucureşti.

Henderson, D.K. (1939), *Psychopathic States*, Norson, New York.

Hersong, A.G. *et al.* (2002), „Quality of working alliance in psychotherapy : diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors", *Psychoter. Psychosom.*, nr. 71, pp. 18-27.

Hill, J. ; Fudge, R. *et al.* (1989), „Adult personality functioning assessment (APFA) : An investigator-based standardized interview", *British Journal of Psyhiatry*, nr. 155, pp. 24-35.

Himnowitz, P. *et al.* (1996), „Neuroleptic treatment of schizotipal personality disorders", *Comprehensive Psychiatry*, nr. 27, pp. 267-271.

Hirschfeld, R. ; Shea, M. şi Weise, R. (1991), „Dependent personality disorder : perspectives for DSM-IV", *Journal of Personality Disorders*, nr. 5, pp. 135-149.

oehne, Kunst (1988), „Ernst Kretschmer's multidimensional psychiatry", *Journal of Personality Disorder*, nr. 2 (1), pp. 28-35.

offart, A. (1994), „State and personality in agoraphobia patients", *Journal of Personality Disorders*, nr. 8 (4), pp. 333-341.

oglend, P. (1993), „Personality disorders and long-therm outcome after brief dynamic psychotherapy", *Journal of Personality Disorders*, nr. 7, pp. 168-181.

ollander, E. (2001), „A preliminary double blind, placebo-controlled trial of divalproex sodium in borderline personality disorder", *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 62, pp. 199-203.

lorney, J. (1939), *New ways in Psycho-analysis*, Kegan Paul, Londra.

lorowitz, L.M. *et al.* (1988), „Inventory of interpersonal problems : psychosomatic properties and clinical aplications", *J. Consult. Clin. Psychol.*, nr. 6, pp. 885-892.

lorowitz, M.J. (1977), „Structure and the processes of change", în Horowitz M.J. (ed.), *Hysterical Personality*, Jason Aronson, New York, pp. 329-399.

lorvath, A. şi Greenberg, L.S. (eds.) (1994), *The Working Alliance : Theory, Research and Practice*, Wiley, New York.

luber, G. ; Gross, G. şi Schuttler, R. (1979), *Schizophrenie. Eine verlaufs un sozialpsychologische Langzeitstudie*, Springer, Berlin.

lusserl, E. (1994a), *Filosofia ca ştiinţă riguroasă*, Editura Paideia, Bucureşti.

Husserl, E. (1994b), *Meditaţii carteziene*, Editura Humanitas, Bucureşti.

izard, Carol E. şi Harris, Paul (1995), „Emotional Development and Developmental Psychopathology", în Cicchetti Dante şi Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. I, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 407-503.

lames, W. (1975), *Pragmatism*, Harvard University Press, Cambridge MA.

James, W. (1980), *The principles of psychology*, Rover, New York.

Janoff, Bulman R. (1992), *Shattered Assomptions Toward a New Psychology of Trauma*, Free Press, New York.

Janssens, L. (1999), „Particular Goods and Personalist Morals", *Etical Perspectives*, nr. 1.

Jaspers, K. (1896), *Algemeine Psychopathologie*, Springer, Berlin.

Jensen, H.V. (1989), „An open noncomparative study of amoxepine in borderline disorders", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, nr. 79, pp. 89-93.

John, O.P. şi Srivestana, S. (1999), „The big five trait taxonomy : history, measurement and theoretical perspectives", în Pervin A.L. şi John Oliver P. (eds.) *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 102-138.

Johnson, J.G. *et al.* (2000), „Difficulties in interpersonal relationship associated with personality disorders : A community based longitudinal investigation", *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (1), pp. 42-56.

Johnson, S. (1998), *The Practice of Emotionally Focused Marital Therapy : Creating Connection*, Brunner, Morel, New York.

Johnson, S. (2002), *Emotionally Focused Couple Therapy for Trauma Survivors : Strengthening Attachment Bands*, Guilford Press, New York.

Johnson, S. şi Lebow, J. (2000), „The coming of age of couple therapy : a decade review", *Journal of Marital Family Therapy*, nr. 26, pp. 23-38.

Jung, C.G. (1984), *Dialectique du moi et de l'inconscient*, Gallimard, Paris.

Kagan, J. (1994), *Galen's Prophecy*, Basic Books, New York.

Kagan, J. *et al.* (1988), „Biological bases of Childhood shyness", *Science*, nr. 240, pp. 167-171.

Kalus, O. ; Bernstein, D. şi Siever, L. (1993), „Schizoid personality disorder : a review of current status and implications for DSM IV", *Journal of Personality Disorders*, nr. 7, pp. 43-52.

Kant, I. (1969), *Critica Raţiunii Pure*, Editura, Ştiinţifică, Bucureşti.

Kant, I. (1978), *Critica Raţiunii Practice*, Editura Ştiinţifică, Bucureşti.

Kant, I. (1981), *Critica facultăţii de judecare*, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.

Kant, Immanuel (2004), *Religia în limitele raţiunii pure*, Editura Humanitas, Bucureşti.

Kantrowitz, J.L. (1987), „Suitability for psychoanalyis", *Yearbook of Psychoanalysis and Psychotherapy*, nr. 2, pp. 403-415.

Karterud, S. *et al.* (2003), „Day treatment of patients with personality disorders : experiences from a Norvegian treatment research network", *Journal of Personality Disorders*, nr. 17, pp. 243-262.

Kavoussi, R.J. *et al.* (1994), „An open trial of sertraline in personality disorderes patients with impulsive aggression", *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 55, pp. 137-141.

Kavoussi, R.J. şi Coccaro, E.F. (1994), „Divalproex sodium for impulsive aggressive behavior in patients with personality disorder", *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 59, pp. 676-680.

Kelly, T. *et al.* (1992), „Can we study borderline patients : attrition from research and open treatment", *Journal of Personality Disorders*, nr. 6, pp. 417-433.

Kendel, R. şi Jablensky, A. (2003), „Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses", *American Journal of Psychiatry*, nr. 160, pp. 4-12.

Kendler, K.S. *et al.* (1995), „Schizotypal symptoms and signs in Roscommon Family Study", *Archives of General Psychiatry*, nr. 52, pp. 290-303.

Kenrick, D.T. şi Keefe, R.C. (1992), „Age preferences in mates reflect sex differences in reproductive strategies", *Behavioral and Brain Sciences*, nr. 15, pp 75-133.

Kernberg, O. (1983), *Severe personality disorders*, Yale University Press, New Haven CT.

Kernberg, O. *et al.* (1989), *Psychodinamic Psychotherapy of Borderline Patients*, Basic Books, New York.

Kernberg, O.F. (1974), „Contrasting viewpoints reparting the nature and psychoanalytic treatment of narcissistic personalities : a preliminary communication", *Journal of American Psychoanalysis Association*, nr. 22, pp. 255-267.

Kernberg, O.F. (1974), „Further contributions to the treatment of narcissistic personalities", *Int. J. Psychoanal.*, nr. 55, pp. 215-240.

Kernberg, O.F. (1984), *Severe Personality Disorders*, Yale University Press, New Haven.

Kernberg, O.F. (1995), „Psychoanalytic object relations theories", în Moore, F. şi Fine, B., *Psychoanalysis : The Major Concepts*, Yale University Press, New Haven.

Kerr, M. (2003), „Multigenerational family systems theory of Bowen and its application, în Scholevar G.P. (ed.), *The Textbook of Family and Marital Therapy*, American Psychiatric Publishing, Washington DC, pp. 103-126.

Kety, S.S. (1983), „Mental illness in the biological and adaptive relatives of schizophrenic adoptees : findings relevant to genetic and environmental factors in the etiology", *American Journal of Psychiatry*, nr. 140, pp. 720-727.

Kiesler, D.J. (1986), „The 1982 interpersonal circle : an analysis of DSM-III personality disorders", în Millon T. şi Klerman G.L. (eds.), *Contemporary Directions in Psychopathology : Toward the DSM-IV*, Guilford Press, New York.

Kiesler, D.J. (1996), *Contemporary Interpersonal Therapy and Research*, Wiley, New York.

Kircher, Tilo (2003), *David Anthony. The Self in Neuroscience and Psychiatry*, Cambridge University Press, Cambridge.

Kircher, Tilo şi David, Anthony (2003), „The Self", în *Neuroscience and psychiatrie*, Cambridge University Press, Cambridge.

Kirkegaard, S. (1846), *The present age*, Harper and Row, New York.

Klein, D.H şi Schwartz, J.E. (2002), „The relation between depressive symptoms and borderline personality disorder features over time in distimic disorder", *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (6), pp. 523-535.

Klein, M. (1946/1975), *Notes on some schizoid mechanisms in Envy and Gratitude and Other Works*, Free Press, New York, pp 1-24.

Klein, M.H.; Wonderlich, S.A. şi Crosby, R. (2001), „Self-concept corelates of personality disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (2), pp. 150-156.

Koch, J.L. (1891), *Die Psychopatischen Mindervartigkeiten*, Maier, Ratensburg.

Koenigsberg, H.W. *et al.* (1999), „Relationship between depression and borderline personality disorder", *Depress Anxiety*, nr. 10, pp. 158-167.

Koenigsberg, H.W. *et al.* (2000), *Borderline Patients : Extending the Limits of Treatability*, Basic Books, New York.

Koenigsberg, H.W. *et al.* (2003), „Risperidone in the treatment of schyzotipal personality disorder", *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 64, pp. 628-634.

Kohut, H. (1977), *The Restoration of the Self*, International University Press, New York.

Kohut, H. (1984), *How does Analysis Cure ?*, University of Chicago Press, Chicago.

Kool, S. *et al.* (2003), „Efficacy of combined therapy and pharmaco-therapy for depressed patients with or without personality disorders", *Harvard Review Psychiatry*, nr. 11, pp. 133-141.

Koran, L.M. (1999), *Obssesive-compulsive and related disorders in adults*, Cambridge University Press, Cambridge.

Kraepelin, E. (1904), *Lectures on Clinical Psychiatry*, Wood Press, New York.

Kraepelin, E. (1905), *Lectures on Clinical Psychiatry*, Baillieré Tindall and Co, Londra.

Kraft-Ebing, R. (1935), *Moral insanity : Its recognition and forensic assessment*, f.e.

Kraft-Ebing, R. (1937), *Psychopathia sexualis*, Physicians and Surgeons Books, New York.

Kretschmer, E. (1922), *Körperbau und Charakter*, Springer, Berlin.

Kretschmer, E. (1926), *Hysteria*, Nervous and Mental Disease Publishers, New York.

Kretschmer, E. (1930), *La structure du corps et le caractère*, Payot, Paris.

Krueger, R.F. şi Tackett, J.L. (2003), „Personality and psychopathology : working toward the bigger picture", *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (2), pp. 109-128.

Kunst, H. (1988), „Ernst Kretschmer's multidimensional psychiatry", *Journal of Personality Disorders*, nr. 2 (1), pp. 28-35.

Kwapil, T.R. et al. (1997), „Magical ideartion and social anhedonia as predictors of psychosis : A practical replication", *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 106 (3), pp. 491-495.

La Bruyère, Jean de (1966), *Caracterele sau moravurile acestui veac*, Editura pentru Literatură, Bucureşti.

Lalande, A. (1962), *Vocabulaire technique et critique de la Philosophie*, PUF, Paris.

Lange, F. (1904), *Fanities*, f.e., Copenhaga.

Lansky, M.R. (1986), „Marital therapy for narcissistic disorders", în Jacobson N. şi Gurman A. (eds.), *Clinical Handbook of Marital Therapy*, Guilford Press, New York.

Largo, R.H. *et al.* (1996), „Does a profound change in toilet – training effect development of bowl and blodder control ? ", *Developmental Medicine and Child Neurology*, nr. 38, pp. 1106-1116.

Lăzărescu, M. (1989), *Introducere în psihopatologia antropologică*, Editura Facla, Timişoara.

Lăzărescu, M. (1994), *Eseu despre fiinţele intermediare*, Editura de Vest, Oradea.

Lăzărescu, M. (1994), *Psihopatologie clinică*, Editura Helicon, Timişoara.

Lăzărescu, M. (2002), *Psihiatrie, Sociologie, Antropologie*, Editura Brumar, Timişoara.

Lăzărescu, M. (2004), *Despre Sărbători, Grădini şi Logos*, Editura Brumar, Timişoara.

Lăzărescu, M. (2006), „Tulburările de personalitate în perspectiva continuumului a relațiilor interpersonale și a modelului circumplex", în A. Nireștean (ed.), *Tulburările de personalitate – interpretări doctrinare și condiții de comorbiditate*, Editura Universității, Târgu-Mureș.

Le Doux, J. (1990), „Cognitive and emotional interactions in the brain", *Cognition and Emotions*, nr. 3, pp. 265-289.

Le Senne, R. (1946), *Traité de caractériologie*, PUF, Paris.

Leaf, R.C.; Alington, D.E. *et al.* (1992), „Personality Disorders, underlying traits, social problems and clinical syndroms", *Journal of Personality Disorders*, nr. 6 (2), pp. 134-152.

Leary, T. (1957), *Interpersonal Diagnosis of Personality : A Functional Theory and Methodology for Personality EvaluationI*, Ronald Press, New York.

Leichsenring, P.G. și Leibing, E. (2003), „The effectiveness of psychodynamic therapy in the treatment of personality disorders : a meta-analysis", *American Journal of Psychiatry*, nr. 160, pp. 1223-1232.

Leonhard, K. (1968), *Akcentuierte Personlich Keiten*, Verlag Volk und Gesundheit, Berlin.

Levinas, E. (1999), *Totalitate și infinit. Eseu despre exterioritate*, Editura Polirom, Iași.

Levy, K.N. și Blatt, S.J. (1999), „Attachment theory and psychoanalysis : further differentiation within insecure attachment patterns", *Psychoanalytic Inquiry*, nr. 19, pp. 541-575.

Lewis, Appleby L. (1988), „Personality Disorder : the patients psychiatrists dislike", *British Journal of Psychiatry*, nr. 153, pp. 44-49.

Lewis, M. (1997), *Alterning fate : Why the part does not predict the future*, Guilford Press, New York.

Liebowitz, M.R. *et al.* (1986), „Phenalzine in social phobia", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, nr. 6, pp. 93-98.

Linehan, M.M. (1993), *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, Guilford Press, New York.

Linehan, M.M. (1993), *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*, Guilford Press, New York.

Linehan, M.M. (1997), „Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder", *J. Calif. Alliance Ment.* vol. IV, nr. 8, pp. 44-46.

Linehan, M.M. *et al.* (1991), „Cognitive-behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients", *Archives of General Psychiatry*, nr. 48, pp. 1060-1064.

Linehan, M.M. *et al.* (1993), „Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients", *Archives of General Psychiatry*, nr. 50, pp. 971-974.

Livesley, W.J. (1991), „Clasifing Personality Disorders : ideal Types, Prototypes or Dimensions ? ", *Journal of Personality Disorders*, nr. 5 (1), pp. 52-59.

Livesley, W.J. (2004), „Introduction to the special feature on recent progress in the treatment of personality disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 18 (1), pp. 1-2.

Livesley, W.J. și Jang, K.L. (2001a), „Toward an empirically based classification of personality disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (2), pp. 137-151.

Livesley, W.J. (2001b), „Conceptual and Taxonomic Issues", în Livesley W.J. (ed.), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 3-38.

Livesley, W.J. (2003), *Personality Disorders : A Practical Approach*, Guilford Press, New York.

Livesley, W.J. și Jackson, D.N. (2002), *Manual for fhe dimensional assesment of personality pathology*, M.I, Sigma Press, Port Huron.

Livesley, W.J. și Jank, K.L. (1998), „Toward on empirical based clasification of personality disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (2), pp. 1437-1451.

Livesley, W.J.; Jackson, D.H. și Schroeder, M.L. (1992), „Factorial structure of traits delimiting personality disorders in clinical and

general population samples", *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 101, pp. 423-440.

ivesley, W.J. ; Jackson, D.M. şi Schroeder, M.L. (1989), „A study of the factorial strucutre of personality pathology", *Journal of Personality Disorder*, nr. 3, pp. 292-306.

ivesley, W.J. ; Jang, K.L. ; Jackson, D.N. *et al.* (1993), „Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorders", *American Journal of Psychiatry*, nr. 150, pp. 1826-1831.

oevinger, J. (1966), „The meaning and measurment of ego development", *American Psychologist*, nr. 21, pp. 195-206.

ofhlin, J.C. (1992), *Genes and environment in personality development*, CA Sage, Newbury Park.

oranger, A.W. *et al.* (1982), „Familial transmission of DSM-III borderline personality disorders", *Archives of General Psychiatry*, nr. 39, pp. 795-799.

oranger, A.W. *et al.* (1994), „The International Personality Disorder Examination", *Archives of General Psychiatry*, nr. 51, pp. 215-224.

uborsky, L. (1984), *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy : A Manual for Supportive-Expressive Treatment*, Basic Books, New York.

ukoff, D. *et al.* (1995), „Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems", *Psychiatric Clinic of North America*, nr. 18, pp. 467-485.

ynch, T.R. *et al.* (2003), „Dialectical behavior therapy for depressed older adults : a randomized pilot study", *American Journal of Geriatric Psychiatry*, nr. 11, pp. 33-45.

yons, M.J. ; Tyrer, P. *et al.* (1977), „Special feature : heuristic models of comorbidity of axis I and II disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 11 (3), pp. 260-269.

MacIntyre, A. (1998), *Tratat de Morală după Virtute*, Editura Humanitas, Bucureşti.

MacKenzie, K.R. (1999), „Personality Assessment in Clinical Practice", în Livesley W.J. (ed.) (2001), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 307-322.

Maier, W. *et al.* (1999), „Schizophrenia spectrum disorders : a review", în M. Maj şi N. Sartorius (eds.), *Schizophrenia*, Wiley, Chichester, pp. 311-371.

Malinowsky, Rummel şi R. Hansen, D. (1993), „Long-term consequences of psysical abuse", *Psychol. Bull.*, nr. 114, pp. 68-69.

Mann, J.J. (1998), „The neurobiology of suicide", *Nat. Med.*, nr. 4, pp. 425-430.

Markovitz, P.J. şi Wagner, S.L. (1995), „Venlafaxine in the treatment of borderline personality disorder", *Psychopharmacology Bulletin*, nr. 31, pp. 773-777.

Markowitz, J.C. *et al.* (1998), „Is IPT time-limited psychodinamic psychotherapy ? ", *Journal of Psychoterapy Practical Resources*, nr. 7, pp. 185-192.

Masters, W.H. *et al.* (1977), *Ethical issues in sex therapy and research*, Little Brown, Boston.

Mattes, J.A. (1990), „Comparative effectiveness of carbamazepine and propranolol for rage outbursts", *J. Neuropsychiatry Clin. Sci.*, nr. 2, pp. 159-264.

Matthews, G. ; Deary, I.J. şi Whiteman, M.C. (2005), *Psihologia Personalităţii. Trăsături, Cauze, Consecinţe*, Editura Polirom, Iaşi.

Mattia, J.I. şi Zimmerman, M. (1999), „Epidemiology", în Livesley W.J. (ed.) (2001), *Handbook of Personality Disorders*, The Guilford Press, New York, pp. 107-123.

Maudsley, H. (1888), *A Physiology and Pathology of Mind*, MacMillan, Londra.

May, G. (1982), *Will and spirit*, Harper and Row, San Francisco.

McAdams, Dan P. (1999), „Personal Naratives and the Life Story", în Pervin A. Lawrence şi John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 478-500.

McCall, R.B. şi Carriger, M.S. (1993), „A meta-analysis of infant habituation and recognition memory performance as predictors of later IQ", *Child Development*, nr. 64, pp. 57-79.

McCord, W. şi McCord, J. (1964), *The Psychopath : an essay on the criminal mind*, Von Nostrand, Princeton, New York.

McCrae, R.R. şi Costa, P.T. Jr. (1997), „Personality trait structure as a human universal", *American Psychologist*, nr. 52, pp. 509-516.

McCrae, Roberet R. şi Costa Paul T Jr. (1999), „A Five-Factor Theory of Personality", în Pervin A. Lawrence şi John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 139-153.

McDavid, J.D. şi Pilkonis, P.A. (1996), „The stability of personality disorder diagnosis", *Journal of Personality Disorders*, nr. 10 (1), pp. 1-15.

McDermut, W. şi Zimmerman, M. (2005), „Assessment Instruments and Standardized Evaluation", în Oldham J.M., Skodol A.E. şi Bender D.S. (eds.), *Textbook of Personality Disorders,* American Psychiatric Publishing Inc., New York, pp. 89-101.

McGlashan, T. (1986), „Schizotypal personality disorder : Chestnut Lidge, follow-up study VI. Longterm follow-up perspectives", *Archives of General Psychiatry*, nr. 43, pp. 328-334.

McPherson, K. (1994), „The best and the enemy of the good : randomized controlled, uncertainty and assessing the role of patients choice in medical decision making", *Journal of Epidemiology and Community Health*, nr. 48, pp. 6-15.

Millon, F. ; Simonsen, E. ; Birket, Smith M. şi Davis, R.D. (1998), *Psychopathy : Antisocial, Criminal and Violent Behavior*, Oxford University Press, Oxford.

Millon, T. (1981), *Disorders of Personality : DSM III, Axis II*, Wiley, New York.

Millon, T. (1983), *Millon clinical multiaxial inventory. Manual for the MCMI*, National Computer System, Minneapolis.

Millon, T. (1989), *Modern psychopathology : A biological approach to maladaptative learning functioning*, W.B. Saunders, Philadelphia.

Millon, T. (1990), *Toward a new personology*, Wiley, New York.

Millon, T. (2000a), „Reflections on the future of DSM Axis III", *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (1), pp. 30-41.

Millon, T. (2000b), „Sociocultural conceptions of the borderline personality", *Psychiatric Clinic of North America*, nr. 23, pp. 123-136.

Millon, T. (2001), „Reflections on the Future of DSM Axis II", *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (1), pp. 30-41.

Millon, T. *et al.* (1998), *Psychopathy*, The Guilford Press, New York.

Millon, T. şi Davis R.D. (1998), „Ten Subtype of Psychpathy", în Millon T., Simonsen E. şi Birket-Smith M. (eds.) (1998), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York, pp. 161-170.

Millon, T. şi Davis, R.D. (1998), „Ten Subtypes of Psychopathy", în Millon T. *et al.* (eds.), *Psychopathy : Antisocial, Criminal and Violent Behavior*, Oxford University Press, Oxford, pp. 161-171.

Millon, T. ; Meagher, S.E. şi Grossman, S.D. (2001), „Theoretical perspectives", în Livesley W.J. (ed.) (2001), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 39-59.

Millon, T. ; Millon, C. şi Davis, R. (1994), *MCMI-III Manual*, National Computer System, Minneapolis.

Millon, T. ; Simonsen, E. ; Birket-Smith, M. şi Davias, R.D. (1998), „Historical Conception of Psychopathy in the United States and Europe", în Millon T., Simonsen E. şi Birket-Smith M. (eds.), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York, pp. 3-31.

Millon, T. şi Davis, R. (1995), „Development of Personality Disorders", în Cicchetti Dante şi Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. II, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 633-675.

Mischel, W. (1986), *Introduction to Personality : A New Book*, Holt, Rinehart and Winston, New York.

Mischel, Walter şi Shoda, Yuich (1999), „Integrating Dispozitions and Processing. Dynamics within a Unified Theory of Personality. The Cognitive-Affective Personality System", în Pervin A. Lawrence şi John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 197-218.

Monroe, S.M. şi Simons, A.D. (1991), „Diathesis-stress theories in the context of life stress research", *Psychofarmacology Bulletin*, nr. 110, pp. 406-425.

Montgomery, S.A. şi Montgomery, D. (1982), „Pharmacologic prevention of suicidal behavior", *Journal of Affective Disorders*, nr. 4, pp. 291-298.

Morel, B.A. (1852), *Traité théorique et practique des maladies mentales*, Baillière, Paris.

Morey, L.C. *et al.* (2002), „The representation of borderline, avoidant, obsessive-compulsive and schizotipal personality disorder by the five factor model, *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (3), pp. 215-234.

Mounier, E. (1969), *Le Personalisme*, PUF, Paris.

Mounier, E. (1969), *Oeuvre*, vol. II, *Traité du Caractère*, Seuil, Paris.

Mounoud, P. (1990), „Consciousness as a necessary transitional phenomenon in cognitive development", *Psychological Inquiry*, nr. 1, pp. 253-258.

Munroe-Blum, H. şi Marziali, E. (1995), „A controlled trial of short--term group treatment for borderline personality disorder", *Journal of Personality Disorders*, nr. 9, pp. 190-198.

Murray, H. (1938), *Exploration in Personality*, New York University Press, New York.

Neugarten, B.L. (1968), „Age norms, age constraints and adult socialization", în B.L. Neugarten (ed.), *Middle age and aging : A leader in social psychology*, University of Chicago Press, Chicago.

Nietzsche, F. (1991), *Dincolo de bine şi de rău*, Editura Humanitas, Bucureşti.

Nigg, J.T. şi Goldsmith, H.H. (1998), „Developmental psychopathology personality and temperament : Reflections on recent behavior genetic research", *Human Biology*, nr. 70, pp. 387-412.

Nireştean, A. (1995), *Repere clinico-evolutive şi terapeutice în stările psihopatoide*, teză de doctorat.

O'Leary, K.M. (2000), „Neuropsychological testing results", *Psychiatric Clinics of North America*, nr. 423, pp. 1-10.

Oldham, J.M. (2005), „Personality Disorders : Recent History and Future Directions", în Oldham J.M., Skodol A.E. şi Bender D.S. (eds.), *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing Inc., New York, pp. 3-16.

Oldham, J.M. *et al.* (1995), „Comorbidity of Axis I and Axis II disorders", *American Journal of Psyciatry*, nr. 152, pp. 571-578.

Oldham, J.M. *et al.* (2001), „Practice guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder", *American Journal of Psychiatry*, nr. 158 (supliment).

Oldham, J.M. şi Skodal, A.E. (2000), „Charting the Future of Axis II", *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (1), pp. 17-29.

Oldham, J.M. ; Skodal, A.E. *et al.* (1995), „Comorbidity of Axis I and Axix II disorders", *American Journal of Psychiatry*, nr. 152, pp. 571-578.

Orlinsky, D.A. *et al.* (1994), „Process and outcome in psychotherapy : Noch einmal", în Bergin A.E. şi Garfield S.L. (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Wiley, New York, pp. 270-376.

Ornstein, P.H. (1998), „Psychoanalysis of patients with primary self--disorder : a self psychological perspective", în Ronningstam E.F. (ed.), *Disorders of Narcissism : Diagnostic, Clinical and Empirical Implications*, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 147-161.

Owen, M.J. *et al.* (1997), „Association studies in psychiatric genetics", *Molecular Psychiatry*, nr. 2, pp. 270-273.

Ozer, D.J. (1999), „Four Principles for Personality Assesment", în L.A. Pervin şi O.P. John (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 671-688.

Padesky, C.A. şi Greenberger, D. (1995), *Clinician's guide to mind over mood*, The Guilford Press, New York, Londra.

aris, J. (1996), *Social Factors in Personality Disorders*, Cambridge University Press, Cambridge.

aris, J. (1997), „Childhood trauma as an ethiological factor in the personality disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 11, pp. 34-39.

aris, J. (1998), „Biopsychosocial Model of Psychopaty", în Millon T., Simonsen E. şi Birket-Smith M. (eds.) (1998), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York, pp. 277-290.

aris, J. (1999), *Nature and Musture in Psychiatry*, American Psychiatric Press, Washington DC.

aris, J. (2003), „Personality disorders over time: precursors, course and outcome", *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (6), pp. 479-488.

aris, J. (2003), *Personality Disorders Over Time*, American Psychiatric Publishing, Washington DC.

arker, G. *et al.* (2002), „Defining Disordered Personality Functioning", *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (6), pp. 503-522.

arker, G.; Hadzi, Pavlovic D. *et al.* (2000), „Modeling and measuring the person disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (3), pp. 189-198.

artridge, G.E. (1930), „Personality disorder", *American Journal of Psychiatry*, nr. 1053.

atterson, G. (1982), *Coercive Family Process: A Social Learning Approach to Family Intervention*, vol. III, Castalia Publications, Sugene OP.

Perry, J.C. (1995), „Dependent personality disorder", în Gabbard G.O. (ed.), *Treatment of Psychiatric Disorders*, vol. II, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 2355-2366.

Perry, J.C. şi Bond, M. (2000), „Empirical studies of psychotherapy for personality disorders", în Gunderson J.G. şi Babbard G.O. (eds.), *Psychotherapy for Personality Disorders*, American Psychiatrie Press, Washington DC, pp. 1-31.

Perry, J.C. şi Vaillant, G.E. (1985), „Personality disorders", în Kaplan H.J. şi Sadock B.J. (1985), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Williams and Wilkins, Baltimore, pp. 1352-1395.

Pervin, L.A. (1996), *The science of personality*, Wiley, New York.

Pervin, L.A. (ed.) (1990), *Handbook of personality: Theory and research*, Guilford Press, New York.

Pfohl, B. (1991), „Hystrionic personality disorder: a review of available data and recomandations for DSM-IV, *Journal of Personality Disorders*, nr. 5, pp. 150-166.

Pfohl, B. *et al.* (1986), „DSM III personality disorders: diagnostic overlap and internal consistency of individual DSM III criteria", *Comprehensive Psychiatry*, nr. 27, pp. 21-34.

Phillips, K.A.; Shea, T. *et al.* (2001), „The relationship between comorbid personality disorders and treatment received in patients with anxiety disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 15 (2), pp.157-167.

Phillips, K.A. (2005), „Schizophrenia and narrative self", în T. Kircher şi A. David (eds.), *The Self*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 319-335.

Piaget, J. (1952), *The origins of intelligence in children*, International University Press, New York.

Piaget, J. şi Inhelder, B. (1970), *Psihologia copilului*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

Pike, A. *et al.* (1996), „Family environment and adolescent depressive symptoms and antisocial behavior. A multivariate genetic analysis", *Developmental Psychology*, nr. 32 (4), pp. 590-603.

Pinderhughes, E. (1989), *Understanding Race, Ethnicity and Power*, Free Press, New York.

Pinel, P. (1962), *A treatise on insanity*, Hofner, New York.

Piper, W.E. şi Ogrodniczuk, J.S. (2004), „Brief Group Therapy", în De Lucia Waack J., Gerritiy D.A., Halodner C. (eds.) *et al.*, *Handbook*

of Group Counceling and Psychotherapy, Sage Publications, Beverly Hills, CA, pp. 641-650.

)min, R. (1983), „Childhood temperament", în B. Lahey şi A. Kazdin (eds.), *Advances in clinical child psychology*, vol. VI, Plenum Press, New York, pp. 45-92.

)min, R. *et al.* (1997), *Behavioral Genetics*, ediţia a treia, Freeman, New York (ediţia a patra, 2001).

ntoppidan, K. (1895), *Psychiatrinke forelaesninger of studier II*, T. Find, Copenhaga.

pa, V. (2005), *Drept civil. Partea generală. Persoanele*, Editura All Beck, Bucureşti.

pper, K. (1960), *The logic of scientific discovery*, Hutchinson, Londra.

)pper, K. (1997), *Cunoaşterea şi problema corp-minte*, Editura Trei, Bucureşti.

)pper, K. şi Eccles, J.C. (1977), *The Self and its Brain*, Springer, Heidelberg.

)rter, R. (1987), *Mind – forg'd manacles: a history of madness in England from the Restoration to the Regency*, Athlone Press, Londra.

)stel, J. şi Quetel, C. (1983), *Nouvelle histoire de la Psychiatrie*, Privat, Toulouse.

)tter, N.N. (2006), „What is manipulative behaviour anyway", *Journal of Personality Disorder*, nr. 20 (2), pp. 139-156.

acker, H. (1968), *Transference and Countertransference*, International University Press, New York.

aine, J. *et al.* (2000), „Reduced prefrontal gray matter and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder", *Archives of General Psychiatry*, nr. 37, pp. 119-127.

ao, V. (1975), *In World History of Psychiatry*, Bailliére-Tindall, Londra.

athus, J.H. şi Miller, A.C. (2002), „Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolecents", *Suicide Life Threatening Behavior*, nr. 32, pp. 146-157.

Reich, J. (2003), „The efect of axis disorders on the outome of treatment of anxiety and unipolar depressive disorders: a review", *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (5), pp. 387-405.

Reich, W. (1925), *Die Triebhafie Charakter*, Internationaler Psychoanalitischer Verlag, Leipzig.

Reiss, D. *et al.* (2000), *The Relationship Code*, Harvard University Press, Cambridge MA.

Reist, C. *et al.* (2003), „Impulsive-aggressive behavior: open label treatment with citalopram", *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 64, pp. 81-85.

Renolds, C.F. *et al.* (1999), „Nortriptiline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurent major depression: a randomized controled trial in patients older than fifty-nine years", *JAMA*, nr. 281, pp. 39-45.

Ricoeur, P. (1990), *Soi-même comme un autre*, Seuil, Paris.

Ricoeur, P. (1999), „Approaching the Human Person", *Ethical Perspectives*, vol. VI, nr. 1, pp. 45-54.

Rifkin, A. *et al.* (1972), „Lithium carbonate in emotionally instable character disorder", *Archives of General Psychiatry*, nr. 27, pp. 519-523.

Rind, B. şi Tromofovitch, P. (1997), „A meta-analytic review of findings from national samples on psychological correlates of child sexual abuze", *J. Sex. Res.*, nr. 34, pp. 237-255.

Rinne, T. *et al.* (2000), Serotonergic blunting to meta-chlorphenyl-piperazine (m-CPP) highly correlates with sustained childhood abuse in impulsive and autoaggresive female borderline patients", *Biological Psychiatry*, nr. 47, pp. 548-556.

Rinne, T. *et al.* (2002), „SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized placebo controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder", *American Journal of Psychiatry*, nr. 159, pp. 2048-2054.

Roberts, B.W. şi Helson, R. (1997), „Changes in culture, changes in personality. The influence of individualism in a longitudinal study of woman", *Journal of Personality and Social Psychology*, nr. 72, pp. 641-651.

Robins, C.J. şi Chapman, A.L. (2004), „Dialectical behavior therapy: current status, recent developments and future directions", *Journal of Personality Disorders*, nr. 18, pp. 73-89.

Robins, J. (1986), *Fods and Mad: A history of the insane in Ireland*, Institute of Public Administration, Dublin.

Robins, L. (1966), *Deficient children grown up*, Williams & Wilkins, Baltimore.

Robins, L.N. şi Regier, D.A. (eds.) (1991), *Psychiatric Disorders in America*, Free Press, New York.

Robins, Richard W; Norem, Julie K. şi Check, Jonathan M. (1999), „Naturalizing the Self", în Pervin A. Lawrence şi John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 443-477.

Ronningstam, E. (1998), *Disorders of Narcissism: Clinical and Empirical Implications*, American Psychiatric Press, Washington.

Rosen, D. *et al.* (2001), „The group – as a whole relations model of group psychotherapy", *Bull. Mann. Clin.*, nr. 65, pp. 471-488.

Rothbard, J.C. şi Shaver, P.R. (1994), „Continuity of attachment across the life span", în Sperling M.B., Berman W.H. (eds.) (1998), *Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives*, Whiley, New York, pp. 105-176.

Rothhart, Mary K.; Pasner, Michael şi Herstey, Karen L. (1995), „Temperament, Attention and Developmental Psychopathology", în Cicchetti Dante şi Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. I, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 305-342.

Rothschild, L. şi Zimmermann, M. (2002), „Personality disoders and the duration of depressive episode: a retrospective study", *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (4), pp. 293-300.

Rowe, D.C. (1981), „Environmental and genetic influences on dimensions of permised percenting: A twin study", *Developmental Psychology*, nr. 17, pp. 203-208.

Rush, B. (1962), *Medical inguiries and observations upon the diseases of the mind*, New York Academy of Medicine, Hafner, New York.

Rutan, J.S. şi Stone, W.N. (2001), *Psychodynamic Group Psychotherapy*, Guilford Press, New York.

Rutter, M. (1985), „Resilience to the Face of Adversity. Protective factors and Resilience to Psychiatric Disorder", *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 147, pp. 595-611.

Rutter, M. (1987), „Temperament, personality and personality disorder", *British Journal of Psychiatry*, nr. 150, pp. 443-458.

Rutter, M. şi Quinton, D. (1984), „Parental psychiatric disorders: effects on children", *Psychol. Med.*, nr. 14, pp. 853-880.

Ryan, Richard M.; Edward, L. şi Wondy, S. (1995), „Autonomy, Relatedness and the self: Their Relation to Developmental and Psychopatology", în Cicchetti Dante şi Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. I, John Wiley & Sons Inc., New York.

Ryle, A. (1997a), „The structure and development of borderline personality disorder: a proposed model", *British Journal of Psychiatry*, nr. 170, pp. 82-87.

Ryle, A. (1997b), *Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder*, Wiley, Chichester.

Samuel, D. şi Widiger, T.A. (2004), „Clinicians personality descriptions of prototipic personality disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 18 (3), pp. 280-308.

Samuel, D.B. şi Widiger, T.A. (2004), „Clinicians' personality description of prototypic personality disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 18 (3), pp. 258-308.

Sandler, J. (1981), „Character traits and object relationships. Psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy", în Livesley J. (ed.), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 359-376.

Sanford, R.N. (1982), *The American College*, Wiley, New York.

Sapir, E. (1934), „Personality", *Encyclopedia of the Social Sciences*, nr. 12, pp. 85-88.

Saposnek, D.T. (1980), „Aikido : A model for brief strategic therapy", *Family Process*, nr. 19, pp. 227-238.

Sartorius, C. *et al.* (1993), „Progress toward achieving a comune language in psychiatry. Results from the field trial of the clinical guidelines acompanying the WHO clasification of mental and behavioral disorders in ICD-10", *Archives of General Psychiatry*, nr. 50, pp. 115-124.

Saudino, K.J. şi Plomin, R. (1997), „Cognitive and temperamental mediators of genetic contributions to the home environment during infancy", *Merril-Palmer Quarterly*, nr. 43, pp. 1-23.

Schirtz, S.C. *et al.* (1999), „Olanzapine safety and efficacy in patient with borderline personality disorder and comorbid dystimia", *Biological Psychiatry*, nr. 46, pp. 1429-1435.

Schlesinger, H. (2005), *Endings and Beginnings*, Analitic Press, Hillsdale, NJ.

Schneider, K. (1923), *Psychopatic Personalities*, Cassel, Londra.

Schneider, K. (1928), *Die Psychiopathischen Personlichkerten*, Springer, Berlin.

Schrenck-Notzing, A. von (1895), *Hypnotismus*, Vogel, Leipzig.

Schulsinger, F. (1972), „Psychopathy heredity and environment", *International Journal of Mental Health*, nr. 1, pp. 190-206.

Shapiro, D. (1965), *Nevrotic styles*, Basic Books, New York.

Shea, M.T. (1993), „Psychosocial Treatment of Personality Disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 7 (supliment), pp. 167-180.

Shea, M.T. *et al.* (1990), „Personality disorder and treatment outcome in the NIMH. Treatment of Depression Collaborative Research Program", *American Journal of Psychiatry*, nr. 147, pp. 711-718.

Shea, M.T. şi Yen, S. (2003), „Stability as a distinction between axis I and axis II disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (5), pp. 373-386.

Sheard, M.H. *et al.* (1976), „The effect of lithium on impulsive aggressive behavior in man", *American Journal of Psychiatry*, nr. 133, pp. 1409-1413.

Sholevar, G.P. şi Schwoeri, L.D. (2003a), „Family therapy with personality disorders", în Sholevar G.P. (ed.), *Textbook of Family and Couples Therapy*, American Psychiatric Publishing, Washington DC, pp. 715-723.

Sholevar, G.P. şi Schwoeri, L.D. (2003b), „Tehniques of family therapy", în Sholevar G.P. (ed.), *Textbook of Family and Couples Therapy*, American Psychiatric Publishing, Washington DC, pp. 225-250.

Shopshire, M.S. şi Craik, K.N. (1996), „An act based conceptual analysis of the obsesive-compulsive, paranoid and hystrionic personality disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 19, pp. 203-218.

Shweder, R.A. (1991), *Thinking through cultures. Expeditions in cultural psychology*, Harvard University Press, Cambridge MA.

Siever, L.J. ; Bernstein, D. şi Silverman, J. (1991), „Schizotypal personality disorder : a review of its current status", *Journal of Personality Disorders*, nr. 5, pp. 178-193.

Siever, L.J. (1998), „Neurobiology in Psychopathy", în Millon T., Simonsen E. şi Birket-Smith M. (eds.) (1998), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York, pp. 231-246.

Siever, L.J. şi Davis, K.L. (1991), „A psychobiological perspective on the personality disorders", *American Journal of Psychiatry*, nr. 148, pp. 1647-1658.

Sjobring, H. (1962), *La Personalité, Strucure et development*, Doin, Paris.

Skodal, A.E. (2005), „Manifestations, Clinical Diagnosis and Comorbidity", în Oldham J.M., Skodol A.E. şi Bender D.S. (eds.), *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing Inc., New York, pp. 57-87.

kodol, A.E. (1997), „Classification, assesment and diferential diagnosis of personality disorders", *Journal of Practical Psychology, Behavior and Health*, nr. 3, pp. 261-274.

mith, G.E. *et al.* (2001), „An intensive outpatient program for patients with borderline personality disorder", *Psychiatric Services*, nr. 52, pp. 532-533.

mith, G.E. (1916), „Shock and the soldier", *Lancet*, nr. 1, pp. 853-857.

oloff, P.H. (2000), „Psychopharmacological treatment of BPD", *Psychiatric Clinic of North America*, nr. 23, pp. 169-192.

oloff, P.H. *et al.* (1986), „Progress in pharmacotherapy of borderline disorders", *Archives of General Psychiatry*, nr. 43, pp. 691-697.

oloff, P.H. *et al.* (1989), „Amitriptiline *vs* haloperidol in borderlines : final outcomes and predictors of response", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, nr. 9, pp. 238-246.

oloff, P.H. *et al.* (1993), „Efficacy of phenalzine and haloperidol in borderline personality disorder", *Archives of General Psychiatry*, nr. 50, pp. 377-385.

olomon, J. şi George, C. (1999), *Attachement Disorganization*, Guilford Press, New York.

onne, J.C. şi Swirsky, D. (1986), „Self-object considerations in marriage and marital therapy", în Sholevar G.P. (ed.), *Handbook of Marriage and Marital Therapy*, Pergamon, Elmaford NY, pp 77-102.

pinetta, J. (1987), *Le visage, reflet de l'âme*, Douglas, St. Jean--De-Braye.

prock, J. (2002), „A comparative study of the dimension and facets of the five factor model in the diagnosis of cases of personality disorder", *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (5), pp. 402-423.

tamenov, M.I. (2003), „Language and self-consciousnes ; models of self-presentation in language structure", în T. Kircher şi A. David (eds.), *The Self*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 76-106.

tandinger, U.M. ; Marsiske, M. şi Baltes, P.B. (1995), „Resilience and reserve capacity in later adult hood : potentials and limits of development across life span", în Cicchetti D. şi Cohen D.J. (eds.), *Developmental psychopatology*, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 753-800.

Stanley, B. (2001), „Skills training as an adjunctive treatment for personality disorders", *Journal of Psychiatric Practice*, nr. 7, pp. 324-335.

Stăniloae, D. (1987), *Chipul nemuritor al lui Dumnezeu*, Editura Mitropoliei Olteniei.

Stegler, R.S. (1991), *Children's Thinking*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Stein, D.J. *et al.* (1995), „An open trial of valproate in borderline personality disorder", *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 56, pp. 506-510.

Stern, W. (1936), *Allgemaine Psychologie*, f.e., Amsterdam.

Stevens, A. (1994), *Jung*, Editura Humanitas, Bucureşti.

Stone, M.H. (2001), „Natural history and long term outcome", în Livesley W.J. (ed.) (2001), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 259-276.

Strupp, H.H. şi Binder, J.L. (1984), *Psychotherapy in a New Key : A Guide to Time-Limited Dynamic Psychotherapy*, Basic Books, New York.

Stürup, G.K. (1968), *Treating the untreatable*, John Hopkins University Press, Baltimore.

Suler, J.R. (1989), „Paradox in psychological transformations. The ZEN Koan and psychotherapy", *Psychologia*, nr. 32, pp. 221-229.

Sullivan, H.S. (1953), *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, W.W. Norton, New York.

Sulloway, F.J. (1998), *Born to Rebel : family conflict and radical genius*, Pantheon, New York.

Symons, D. (1992), „On the use and misuse of Darwinism in the study of human behavior", în J. Barkow, L. Cosmides şi J. Tooby (eds.), *The adapted mind*, Oxford University Press, Oxford, pp. 137-159.

Taylor, S. şi Goritsas, E. (1994), „Dimensions of identity diffusion", *Journal of Personality Disorders*, nr. 8 (3), pp. 229-239.

Teicher, M.H. *et al.* (1989), „Open assessment of the safety and efficacy of thioridazine in the treatment of patients with borderline personality disorders", *Psychopharmacology Bulletin*, nr. 25, pp. 535-549.

Teofrast (1966), „Caracterele", în La Bruyère Jean de, *Caracterele sau moravurile acestui veac*, Editura pentru Literatură, Bucureşti, pp. 25-76.

Tesser, A. (1993), „The importance of heritability in psychological research : The case of attitudes", *Psychological Review*, nr. 100, pp. 129-142.

Tickle, T. ; Heathertone, T.F. şi Wittemberg, L.G. (2001), „Can personality change ? ", în Livesley W.J. (ed.) (2001), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 242-259.

Torgersen, S. (2005), „Epidemiology", în Oldham J.M., Skodol A.E. şi Bender D.S. (eds.) (2005), *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing, Washington DC, pp. 129-140.

Turner, S.M. *et al.* (1986), „Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder", *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 95, pp. 389-394.

Tuttman, S. (1990), „Principles of Psychoanalytic group therapy applied to the treatment of borderline and narcissistic disorders", în Roth B.E., Stone W.N. şi Kibel H.D. (eds.), *The Difficult Patient in Group : Group Psychotherapy With Borderline and Narcissistic Disorders*, International Universities Press, Madison CT, pp. 7-29.

Tyrer, M.R. *et al.* (1988), „Comorbidity of borderline personality disorder", *Archives of General Psychiatry*, nr. 45, pp. 348-352.

Tyrer, P. (1993), „Comorbidity or consanuinity", *British Journal of Psychiatry*, nr. 168, pp. 669-671.

Tyrer, P. (2000), *Personality Disorders : Diagnosis, Management and Course*, Butterworth and Co, Weight.

Tyrer, P. (2002), „Nidotherapy : a new approach to the treatment of personality disorder, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, nr. 105, pp. 469-471.

Tyrer, P. (2004), „Comorbidity of personality and mental state disorders" în Tyrer P. (ed.), *Personality Disordes*, Butterworth Heineman, Oxford, pp. 88-89.

Tyrer, P. (2005), „Medical settings", in Oldham J.M., Skodol A.E., Bender D.S. (eds.) (2005), *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing, Washington DC, pp. 607-619.

Tyrer, P. *et al.* (2003), „Treatment-rejecting and treatment-seeking personality disorders. Type R and Type S", *Journal of Personality Disorders*, nr. 17, pp. 265-270.

Tyrer, P. şi Alexander, J. (1979), „Classifiction of personality disorder", *British Journal of Psychiatry*, nr. 135, pp. 163-167.

Tyrer, P. şi Cicchetti, D. (2000), „Personality Assessment Schedule", în Tyrer P., *Personality Disorders*, Wright, Butterworth and Co, Londra, pp. 51-70.

Tyrer, P. şi Davidson, K. (2000), „Cognitive therapy for personality disorders", în Gunderson J.G. şi Gabbard G.O. (eds.), *Psychotherapy in Personality Disorders*, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 131-149.

Tyrer, P. şi Seivewright, H. (2000), „Outcome of personality disorder", în Tyrer P. (ed.) (2000), *Personality Disorders*, Butterworth Heineman, Oxford.

Tyrer, P. şi Simmonds, S. (2003), „Treatment models for those with severe mental illness and comorbid personality disorder", *British Journal of Psychiatry*, nr. 182(supliment), pp.15-18.

Tyrer, P. şi Steinberg, D. (1993), *Models for Mental Disorders*, John Wiley & Sons, New York.

Tyrer, P. ; Gunderson, J. ; Lyons, M. şi Tohen, M. (1997), „Special feature : extent of comorbidity between mental state and personality disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 11 (3), pp. 242-289.

Tyrer, P. ; Seivewright, H. şi Johnson, T. (2003), „The core elements of neurosis : mixed anxiety depression (cotymia) and personality disorder", *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (2), pp. 129-138.

Vaillant, G.E. (1976), „Natural history of male psychological health : The relation of choice of ego mechanisms of defense to adult adjustment", *Archives of General Psychiatry*, nr. 33, pp. 535-545.

ıillant, G.E. (1987), „Developmental view of old and new perspectives of personality disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 1 (2), pp. 146-156.

ıillant, G.E. şi Vaillant, L.M. (1999), „The role of Ego mechanismus of defense in the diagnosis of personality disorders", în Barron J. (ed.), *Making Diagnosis. Enhancing Evoluation and Treatment of Personality Disorders*, American Psychological Association, Washington DC, pp. 139-158.

ın Velzen, C.J.M. şi Emmelkamd, P.M.G. (1996), „The assessment of personality disorder: implications for cognitive and behavior therapy", *Behaviour Research and Therapy*, nr. 34, pp. 655-668.

:reycken, J.; Vertommen, H. *et al.* (2002), „Autority conflicts and personality disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (1), pp. 41-51.

)llrath, M.; Alnaies, R. *et al.* (1995), „Coping styles predict change in personality disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 9 (4), pp. 371-385.

'alker, N. (1968), *Crime and Insanity in England*, vol. I, *The historical perspective*, University Press, Edinburgh.

'aters, E. *et al.* (2000), „Attachment security in infancy and early adulthood: a longitudinal study", *Child Development*, nr. 71, pp. 684-689.

'eber, M. (1993), *Etica protestantă şi spiritul capitalismului*, Editura Humanitas, Bucureşti.

'eissman, M.M. (1993), „The epidemiology of personality disorders: a 1990 update", *Journal of Personality Disorders*, nr. 7, pp. 44-62.

'eissman, M.M. *et al.* (2000), *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*, Basic Books, New York.

'eisz, J.R.; Eastman, K.L. şi McCarty, C.A. (1996), „Primary and secondary control, in East Asia: Comments on Oerter *et al.* (1996)", *Culture and Psychology*, nr. 2, pp. 63-76.

'esten, D. şi Gabbard, G. (2002), „Developments in cognitive neuroscience II: implications for theories of transference", *Journal of American Psychoanalysis Association*, nr. 50, pp. 99-134.

Westen, D. şi Muderrisoglu S. (2003), „Assessing personality disorders using a sistematic clinical interview", *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (4), pp. 351-369.

Westen, D. şi Muderrisoglu, S. (2003), „Assessing personality disorders using a sistematic clinical interview: evaluation of an alternative to structured interview", *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (4) pp. 351-369.

Westen, D. şi Shedler, J. (2000), „A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM-IV", *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (2), pp. 109-126.

Westen, Drew şi Goddbard, Glenn O. (1999), „Psychoanalitic Approaches of Personality", în Pervin A. Lawrence şi John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 57-101.

Widiger, T.A. (1990), „Depresive personality traits and dysthimia: a commentary on Ryder and Bagy", *Journal of Personality Disorders*, nr. 13 (2), pp. 135-141.

Widiger, T.A. (1991a), „Definition, diagnosis and differentiation", *Journal of Personality Disorders*, nr. 5 (1), pp. 41-51.

Widiger, T.A. (1991b), „Personality Disorder Dimensional Models Proposed for DSM-IV", *Journal of Personality Disorders*, nr. 5 (4), pp. 386-398.

Widiger, T.A. (1992), „Categorial versus dimensional classification: implications from and for research", *Journal of Personality Disorders*, nr. 6 (4), pp. 287-300.

Widiger, T.A. (2000), „Personality Disorders in the 21-st Century", *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (1), pp. 3-16.

Widiger, T.A. (2003), „Personality Disorder and Axis I Psychopathology, the problematic Boundery of Axis I and Axis II", *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (2), pp. 90-108.

Widiger, T.A. şi Lynam, D.R. (1989), „Psychopathy and the Five-Factor model of Personality", în Millon T., Simonsen E. şi Birket-Smith M. (eds.) (1998), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York, pp. 171-187.

diger, T.A. şi Mullins, Sweat S.N. (2005), „Categorial and Dimensional Models of Personality Disorders" în Oldham J.M., Skodol A.E. şi Bender D.S. (eds.), *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing Inc., New York,pp. 35-55.

diger, T.A. şi Weissman, M.M. (1991), „Epidemiology of borderline personality disorder", *Hospital Community Psychiatry*, nr. 42, pp. 1015-1021.

diger, Thomas A. şi Verheul, Roel (1999), „Personality and Psychopathology", în Pervin A. Lawrence şi John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 347-366.

ggins, J.S. şi Trobst, K.K. (1999), „The field of interpersonal behaviours", în A.L. Pervin, O.P. John (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 653-670.

ggins, O.P. şi Schwartz, M.A. (1991), „Research into Personality Disorders: the alternatives of dimensions and ideal type", *Journal of Personality Disorders*, nr. 5 (1), pp. 69-81.

lberg, T. *et al.* (1998), „Outcomes of pearly functioning patients with personality disorders in a day treatment program", *Psychiatric Services*, nr. 49, pp. 1562-2567.

lcox, J.A. (1995), „Divalproex sodium as a treatment for borderline personality disorder", *American Clinical Psychiatry*, nr. 7, pp. 33-37.

nston, A. *et al.* (1994), „Short-term psychotherapy of personality disorders", *American Journal of Psychiatry*, nr. 151, pp. 190-194.

nter, David G. şi Barenbaum, Nicole B. (1999), „History of Modern Personality Theory and Research", în Pervin A. Lawrence şi John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 3-30.

ıtgenstein, L. (2004), *Cercetări filosofice*, Editura Humanitas, Bucureşti.

tzig, R. (1996), „The medicalization of race: scientific legitimatization of a flawed social construct", *Ann. Intern. Med.*, nr. 125, pp. 675-679.

Wolin, S. şi Bennett, L. (1984), „Family rituals", *Fam. Process.*, nr. 23, pp. 401-420.

Yalom, I.D. (1995), *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, Basic Books, New York.

Yeomans, F.E. *et al.* (2002), *A Primar of Transference-Focused Psychotherapy for the Borderline Patient*, Jason Aronson, Northvale, NJ.

Young, J.E. (1994), *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*, Practitioner's Resource Series, Professional Resource Press, Sarasota, Florida.

Young, J.E. *et al.* (2001), „Cognitive Therapy for depression", în Barlow D. (ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, Guilford Press, New York, pp 264-308.

Young, J.E. *et al.* (2003), *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*, Guilford Press, New York.

Zanarini, M.C. (2005), *Borderline Personality disorders*, Tayler and Frawis, Boca Raton FL.

Zanarini, M.C. (1993), „Borderline personality as an impulsive spectrum disorder", în Paris J, (ed.), *Borderline Personality Disorder: Ethiology and Treatment*, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 67-86.

Zanarini, M.C. (2000), „Childhood experiences as associated with the development of BPD", *Psychiatric Clinic of North America*, nr. 23, pp. 89-101.

Zanarini, M.C. şi Frankenburg, F. (2001), „Olanzapine treatment of female borderline patients: a double blind placebo controlled pilot study", *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 62, pp. 849-854.

Zanarini, M.C. şi Frankenburg, F.R. (1997), „Pathways to the development borderline personality disorder", *Journal of Personality Disorders*, nr. 11, pp. 93-104.

Zanarini, M.C.; Gunderson, J.G.; Frankenburg, F.R. şi Chauncey, D.L. (1989), „The Revised Diagnostic Interview for Borderlines – DIB", *Journal of Personality Disorders*, nr. 3, pp. 10-18.

marini, M.C. ; Skodal A.E. *et al.* (2000), „The collaborative longitudinal personality disorders study : reliability of axis I and axis II diagnoses", *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (4), pp. 291-299.

tzel, E. (1968), „The so-called good hysteric", *International Journal of Psycho-Analisis*, nr. 49, pp. 256-260.

mmerman M. *et al.* (1986), „ECT response in depressed patients with and without a DSM-III personality disorder", *American Journal of Psychiatry*, nr. 143, pp. 1030-1032.

nner, J. (1976), „The implications of projective identification", în Grunebaum H. şi Christ, J. (eds.), *Contemporary Marriage for Marital Interaction in Structure, Dynamics and Therapy*, Little Brown, Boston, MA, pp. 293-308.

bin, J. şi Spring, B. (1977), „Vulnerability – A new view of schizophrenia", *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 88, pp. 103-126.

ckerman, M. (1999), *Vulnerability to Psychopathology*, American Psychiatric Publication, Washington.

roff, D.C. ; Stotland, S. ; Sweetman, E. ; Craig, J. şi Koestner, R. (1995), „Dependency, self-criticism and social interaction", *British Journal of Clinical Psychology*, nr. 34, pp. 543-553.

* American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition)*, Washington DC.

* American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington DC.

* World Health Organisation (1992), *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*, WHO, Geneva.

În colecţia **Psihologie clinică şi psihoterapie**

au apărut :

José Guimón – *Introducere în terapiile de grup. Teorii, tehnici, programe*

José Guimón, Béatrice Weber-Rouget – *Terapii scurte de grup. Comportamente şi ilustrări clinice*

Şerban Ionescu – *Paisprezece abordări în psihopatologie*

Şerban Ionescu, Marie-Madeleine Jacquet, Claude Lhote – *Mecanismele de apărare. Teorie şi aspecte clinice*

Daniel Marcelli, Élise Berthaut – *Depresie şi tentative de suicid la adolescenţă*

Mircea Lăzărescu, Aurel Nireştean – *Tulburările de personalitate*

în pregătire :

Gavin Andrews, Mark Creamer, Rocco Crino, Caroline Hunt, Lisa Lampe, Andrew Page – *Psihoterapia tulburărilor anxioase. Ghid practic pentru terapeuţi şi pacienţi*

Friedlander, K. (1945), „Formation of the antisocial character", *Psychoanalytic Study of the Child*, nr. 1, pp. 189-203.

Fromm, E. (1942), *Fear of Fredom*, Routledge, Londra.

Fromm, E. (1973), *The anatomy of human destructiveness*, Holt, Rinehard and Winston, New York.

Gabbard, G.O. (1983), „Further contributions to the understanding of stage fright : Narcissistic issues", *Journal of the American Psychoanalitic Association*, nr. 31, pp. 423-441.

Gabbard, G.O. (2000), „Psychoanalysis", în Kaplan H.I. şi Sadock B.J., *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, vol. I, Williams and Wilkins, Baltimore, pp. 431-478.

Gabbard, G.O. (2000), *Psyhodynamic Psychiatry in Clinical Practice : The DSM-IV Edition*, American Psychiatric Press, Washington DC.

Gabbard, G.O. (2004), *Long-Therm Psychodynamic Psychotherapy : A Basic Text*, American Psychiatric Publishing, Washington DC.

Gabbard, G.O. *et al.* (2002), „The place of psychoanalytic treatments within psychiatry, *Archives of General Psychiatry*, nr. 59, pp. 505-510.

Gadamer, H.G. (2001), *Adevăr şi metodă*, Editura Teora, Bucureşti.

Gangestad, S.W. şi Simson, J.A. (1990), „Toward an evolutional history of female sociosexual variation", *Journal of Personality*, nr. 58, pp. 69-96.

Gardner, D.L. şi Cowdry, R.W. (1985), „Alprazolam-induced dyscontrol in borderline personality disorder", *American Journal of Psychiatry*, nr. 142, pp. 98-100.

Gibbons, M.B.C. *et al.* (2003), „Pretreatment expectations, interpersonal functioning and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy", *Psychoterapy Research*, nr. 13, pp. 59-76.

Glas, G. (2006), „Person, Personality, Self and Identity : A phylosophical informed conceptual analysis", *Journal of Personality Disorders*, nr. 20 (2), pp. 126-138.

Golberg, D. *et al.* (1986), „Borderline and schizotipal personality disorders treated with low dose thiotixene vs placebo", *Archives of General Psychiatry*, nr. 43, pp. 680-686.

Goldberg, L.R. (1992), „The development of markers for the Big-Five Factor structure", *Psychological Assessment*, nr. 4, pp. 26-42.

Goldfried, M.R. *et al.* (1978), „The reduction of test anxiety through cognitive restructuring", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 46, pp. 32-39.

Gorgos, C. (1989), *Dicţionar enciclopedic de psihiatrie*, vol. III, Editura Medicală, Bucureşti.

Graham, P.J. şi Stevenson, J.E. (1987), „Temperament, personality and personality disorder", *British Journal of Psychiatry*, nr. 150, pp. 872-873.

Green, Dorian (1993), *Zodiac Universal*, Editura Vremea, Bucureşti.

Greenber, J.R. şi Mitchel, S.A. (1983), *Object relations in psychoanalitic theory*, Harvard University Press, Cambridge MA.

Grilo, M.C. şi McGlashan, Th.H. (2005), „Course and outcome of personality disorders", în Oldham J.M., Skodal A.E. şi Bender D.S. (eds.), *Handbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing, Washington.

Guisinger, S. şi Blatt, S.J. (1994), „Individuality and relatedness : Evolution of fundamental dialect", *American Psychologist*, nr. 49, pp. 104-111.

Gunderson, J.G. ; Ronningstam, E. şi Smith, L. (1991), „Narcissistic personality disorder : a review of data on DSM-III-R descriptions", *Journal of Personality Disorders*, nr. 5, pp. 167-177.

Gunderson, J.G. ; Zanarini, M. şi Kisiel, C. (1991), „Borderline personality disorders : a review of date on DSM-III-R descriptions", *Journal of Personality Disorders*, nr. 5, pp. 340-352.

Gunderson, J.G. (1996), „Borderline patient's intolerance of aloneness : insecure attachments and therapist availability", *American Journal of Psychiatry*, nr. 153, pp. 752-758.

Gunderson, J.G. (2000), „Psychodinamic psychotherapy for borderline personality disorder", în Gunderson J.G. şi Gabbard G.O. (eds.) *Psychotherapy for Personality Disorders*, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 33-64.

Gunderson, J.G. (2001), *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*, American Psychiatry Press, Washington DC.

Gunderson, J.G. *et al.* (2004), „Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions", *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 65, pp. 1049-1056.

Gunderson, J.G. şi Gabbard, G.O. (1999), „Making the care for psychoanalytic therapies in the current psychiatric world", *Journal of American Psychoanalysis Association*, nr. 47, pp. 679-703.

Gunderson, J.G. şi Philips, K.A. (1999), „A current view of the interface between borderline personality disorder and depression", *American Journal of Psychiatry*, nr. 148, pp. 967-975.

Gunderson, J.G.; Links P.S. *et al.* (1991), „Competing models of personality disorder", *Journal of Personality Disorders*, nr. 5 (1), pp. 60-68.

Gunderson, J.G.; Shea, M.T. *et al.* (2000), „The collaborative longitudinal personality disorders study: development, aims, design and sample characteristics", *Journal of Personality Disorders*, nr. 14(4), pp. 300-315.

Guther, T.G. (1982), „The psychology of psychopharmacology", *Bulletin of Menninger Clinic*, nr. 461, pp. 321-330.

Guther, T.G. şi Havens, L.L. (1979), „The therapeutic alliance: contemporary meanings and confesions", *International Review of Psychoanalisis*, nr. 6, pp. 467-481.

Guze, S.B. *et al.* (1986), „A follow-up and family study of Brignet's syndrome", *British Journal of Psychiatry*, nr. 149, pp. 17-23.

Hamann, B. (2004), *Cele douăsprezece arhetipuri. Semnul zodiacal şi structura personalităţii*, Editura Mix, Braşov.

Hamer, D. şi Copeland, P. (1998), *Living with our genes*, Doubleday, New York.

Hanser, Stuart T. şi Safyer, Andrew W. (1995), „The contributions of Ego Psychology to Developmental Psychopatology", în Cicchetti Dante şi Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. I, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 535-580.

Hare, R.D. (1986), „Twenty Years of Experience with the Cleckley Psychopathy", în Reis W.M. *et al.* (eds.), *Unmasking the Psychopathy*, W.W. Northon & Company, New York, Londra.

Hare, R.D. (1986), *The Hare Psychopathy Checklist*, Multi Health Systems, Toronto.

Hare, R.D. (1991), *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*, Multi-Health System, Toronto.

Hare, R.D. (1996), „Psychopaths and Their Nature: implication for the Mental Health and Criminal Justice Sistems", în Millon T., Simonsen E. şi Birket-Smith M. (eds.) (1998), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York, pp. 188-214.

Harper, S. (1998), „The development of self-reprezentations", în Damon W. şi Eisenberg N, (eds.), *Handbook of Child Psychology*, vol. III, *Social, Emotional and Personality Development*, Whiley, New York, pp. 553-617.

Harris, J.R. (1998), *The Nurture Assumption*, Free Press, New York.

Havens, L. (1989), *Safe Place*, Harvard University Press, Cambridge MA.

Head, S. *et al.* (1991), „Family characteristics of dependent personality disorder", *Journal of Personality Disorders*, nr. 5, pp. 256-263.

Hegel, Georg şi Wilhem, Friedrich (1965), *Fenomenologia spiritului*, Editura Academiei, Bucureşti.

Henderson, D.K. (1939), *Psychopathic States*, Norson, New York.

Hersong, A.G. *et al.* (2002), „Quality of working alliance in psychotherapy: diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors", *Psychoter. Psychosom.*, nr. 71, pp. 18-27.

Hill, J.; Fudge, R. *et al.* (1989), „Adult personality functioning assessment (APFA): An investigator-based standardized interview", *British Journal of Psyhiatry*, nr. 155, pp. 24-35.

Himnowitz, P. *et al.* (1996), „Neuroleptic treatment of schizotipal personality disorders", *Comprehensive Psychiatry*, nr. 27, pp. 267-271.

Hirschfeld, R.; Shea, M. şi Weise, R. (1991), „Dependent personality disorder: perspectives for DSM-IV", *Journal of Personality Disorders*, nr. 5, pp. 135-149.

Hoehne, Kunst (1988), „Ernst Kretschmer's multidimensional psychiatry", *Journal of Personality Disorder*, nr. 2 (1), pp. 28-35.

Hoffart, A. (1994), „State and personality in agoraphobia patients", *Journal of Personality Disorders*, nr. 8 (4), pp. 333-341.

Hoglend, P. (1993), „Personality disorders and long-therm outcome after brief dynamic psychotherapy", *Journal of Personality Disorders*, nr. 7, pp. 168-181.

Hollander, E. (2001), „A preliminary double blind, placebo-controlled trial of divalproex sodium in borderline personality disorder", *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 62, pp. 199-203.

Horney, J. (1939), *New ways in Psycho-analysis*, Kegan Paul, Londra.

Horowitz, L.M. *et al.* (1988), „Inventory of interpersonal problems : psychosomatic properties and clinical aplications", *J. Consult. Clin. Psychol.*, nr. 6, pp. 885-892.

Horowitz, M.J. (1977), „Structure and the processes of change", în Horowitz M.J. (ed.), *Hysterical Personality*, Jason Aronson, New York, pp. 329-399.

Horvath, A. şi Greenberg, L.S. (eds.) (1994), *The Working Alliance : Theory, Research and Practice*, Wiley, New York.

Huber, G. ; Gross, G. şi Schuttler, R. (1979), *Schizophrenie. Eine verlaufs un sozialpsychologische Langzeitstudie*, Springer, Berlin.

Husserl, E. (1994a), *Filosofia ca ştiinţă riguroasă*, Editura Paideia, Bucureşti.

Husserl, E. (1994b), *Meditaţii carteziene*, Editura Humanitas, Bucureşti.

Izard, Carol E. şi Harris, Paul (1995), „Emotional Development and Developmental Psychopathology", în Cicchetti Dante şi Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. I, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 407-503.

James, W. (1975), *Pragmatism*, Harvard University Press, Cambridge MA.

James, W. (1980), *The principles of psychology*, Rover, New York.

Janoff, Bulman R. (1992), *Shattered Assomptions Toward a New Psychology of Trauma*, Free Press, New York.

Janssens, L. (1999), „Particular Goods and Personalist Morals", *Etical Perspectives*, nr. 1.

Jaspers, K. (1896), *Algemeine Psychopathologie*, Springer, Berlin.

Jensen, H.V. (1989), „An open noncomparative study of amoxepine in borderline disorders", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, nr. 79, pp. 89-93.

John, O.P. şi Srivestana, S. (1999), „The big five trait taxonomy : history, measurement and theoretical perspectives", în Pervin A.L. şi John Oliver P. (eds.) *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 102-138.

Johnson, J.G. *et al.* (2000), „Difficulties in interpersonal relationship associated with personality disorders : A community based longitudinal investigation", *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (1), pp. 42-56.

Johnson, S. (1998), *The Practice of Emotionally Focused Marital Therapy : Creating Connection*, Brunner, Morel, New York.

Johnson, S. (2002), *Emotionally Focused Couple Therapy for Trauma Survivors : Strengthening Attachment Bands*, Guilford Press, New York.

Johnson, S. şi Lebow, J. (2000), „The coming of age of couple therapy : a decade review", *Journal of Marital Family Therapy*, nr. 26, pp. 23-38.

Jung, C.G. (1984), *Dialectique du moi et de l'inconscient*, Gallimard, Paris.

Kagan, J. (1994), *Galen's Prophecy*, Basic Books, New York.

Kagan, J. *et al.* (1988), „Biological bases of Childhood shyness", *Science*, nr. 240, pp. 167-171.

Kalus, O. ; Bernstein, D. şi Siever, L. (1993), „Schizoid personality disorder : a review of current status and implications for DSM IV", *Journal of Personality Disorders*, nr. 7, pp. 43-52.

Kant, I. (1969), *Critica Raţiunii Pure*, Editura, Ştiinţifică, Bucureşti.

Kant, I. (1978), *Critica Raţiunii Practice*, Editura Ştiinţifică, Bucureşti.

Kant, I. (1981), *Critica facultăţii de judecare*, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.

Kant, Immanuel (2004), *Religia în limitele raţiunii pure*, Editura Humanitas, Bucureşti.

Kantrowitz, J.L. (1987), „Suitability for psychoanalyis", *Yearbook of Psychoanalysis and Psychotherapy*, nr. 2, pp. 403-415.

Karterud, S. *et al.* (2003), „Day treatment of patients with personality disorders : experiences from a Norvegian treatment research network", *Journal of Personality Disorders*, nr. 17, pp. 243-262.

Kavoussi, R.J. *et al.* (1994), „An open trial of sertraline in personality disorderes patients with impulsive aggression", *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 55, pp. 137-141.

Kavoussi, R.J. şi Coccaro, E.F. (1994), „Divalproex sodium for impulsive aggressive behavior in patients with personality disorder", *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 59, pp. 676-680.

Kelly, T. *et al.* (1992), „Can we study borderline patients : attrition from research and open treatment", *Journal of Personality Disorders*, nr. 6, pp. 417-433.

Kendel, R. şi Jablensky, A. (2003), „Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses", *American Journal of Psychiatry*, nr. 160, pp. 4-12.

Kendler, K.S. *et al.* (1995), „Schizotypal symptoms and signs in Roscommon Family Study", *Archives of General Psychiatry*, nr. 52, pp. 290-303.

Kenrick, D.T. şi Keefe, R.C. (1992), „Age preferences in mates reflect sex differences in reproductive strategies", *Behavioral and Brain Sciences*, nr. 15, pp 75-133.

Kernberg, O. (1983), *Severe personality disorders*, Yale University Press, New Haven CT.

Kernberg, O. *et al.* (1989), *Psychodinamic Psychotherapy of Borderline Patients*, Basic Books, New York.

Kernberg, O.F. (1974), „Contrasting viewpoints reparting the nature and psychoanalytic treatment of narcissistic personalities : a preliminary communication", *Journal of American Psychoanalysis Association*, nr. 22, pp. 255-267.

Kernberg, O.F. (1974), „Further contributions to the treatment of narcissistic personalities", *Int. J. Psychoanal.*, nr. 55, pp. 215-240.

Kernberg, O.F. (1984), *Severe Personality Disorders*, Yale University Press, New Haven.

Kernberg, O.F. (1995), „Psychoanalytic object relations theories", în Moore, F. şi Fine, B., *Psychoanalysis : The Major Concepts*, Yale University Press, New Haven.

Kerr, M. (2003), „Multigenerational family systems theory of Bowen and its application, în Scholevar G.P. (ed.), *The Textbook of Family and Marital Therapy*, American Psychiatric Publishing, Washington DC, pp. 103-126.

Kety, S.S. (1983), „Mental illness in the biological and adaptive relatives of schizophrenic adoptees : findings relevant to genetic and environmental factors in the etiology", *American Journal of Psychiatry*, nr. 140, pp. 720-727.

Kiesler, D.J. (1986), „The 1982 interpersonal circle : an analysis of DSM-III personality disorders", în Millon T. şi Klerman G.L. (eds.), *Contemporary Directions in Psychopathology : Toward the DSM-IV*, Guilford Press, New York.

Kiesler, D.J. (1996), *Contemporary Interpersonal Therapy and Research*, Wiley, New York.

Kircher, Tilo (2003), *David Anthony. The Self in Neuroscience and Psychiatry*, Cambridge University Press, Cambridge.

Kircher, Tilo şi David, Anthony (2003), „The Self", în *Neuroscience and psychiatrie*, Cambridge University Press, Cambridge.

Kirkegaard, S. (1846), *The present age*, Harper and Row, New York.

Klein, D.H şi Schwartz, J.E. (2002), „The relation between depressive symptoms and borderline personality disorder features over time in distimic disorder", *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (6), pp. 523-535.

Klein, M. (1946/1975), *Notes on some schizoid mechanisms in Envy and Gratitude and Other Works*, Free Press, New York, pp 1-24.

Klein, M.H. ; Wonderlich, S.A. şi Crosby, R. (2001), „Self-concept corelates of personality disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (2), pp. 150-156.

Koch, J.L. (1891), *Die Psychopatischen Mindervartigkeiten*, Maier, Ratensburg.

Koenigsberg, H.W. *et al.* (1999), „Relationship between depression and borderline personality disorder", *Depress Anxiety*, nr. 10, pp. 158-167.

Koenigsberg, H.W. *et al.* (2000), *Borderline Patients : Extending the Limits of Treatability*, Basic Books, New York.

Koenigsberg, H.W. *et al.* (2003), „Risperidone in the treatment of schyzotipal personality disorder", *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 64, pp. 628-634.

Kohut, H. (1977), *The Restoration of the Self*, International University Press, New York.

Kohut, H. (1984), *How does Analysis Cure ?*, University of Chicago Press, Chicago.

Kool, S. *et al.* (2003), „Efficacy of combined therapy and pharmaco-therapy for depressed patients with or without personality disorders", *Harvard Review Psychiatry*, nr. 11, pp. 133-141.

Koran, L.M. (1999), *Obssesive-compulsive and related disorders in adults*, Cambridge University Press, Cambridge.

Kraepelin, E. (1904), *Lectures on Clinical Psychiatry*, Wood Press, New York.

Kraepelin, E. (1905), *Lectures on Clinical Psychiatry*, Baillieré Tindall and Co, Londra.

Kraft-Ebing, R. (1935), *Moral insanity : Its recognition and forensic assessment*, f.e.

Kraft-Ebing, R. (1937), *Psychopathia sexualis*, Physicians and Surgeons Books, New York.

Kretschmer, E. (1922), *Körperbau und Charakter*, Springer, Berlin.

Kretschmer, E. (1926), *Hysteria*, Nervous and Mental Disease Publishers, New York.

Kretschmer, E. (1930), *La structure du corps et le caractère*, Payot, Paris.

Krueger, R.F. şi Tackett, J.L. (2003), „Personality and psychopathology : working toward the bigger picture", *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (2), pp. 109-128.

Kunst, H. (1988), „Ernst Kretschmer's multidimensional psychiatry", *Journal of Personality Disorders*, nr. 2 (1), pp. 28-35.

Kwapil, T.R. et al. (1997), „Magical ideartion and social anhedonia as predictors of psychosis : A practical replication", *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 106 (3), pp. 491-495.

La Bruyère, Jean de (1966), *Caracterele sau moravurile acestui veac*, Editura pentru Literatură, Bucureşti.

Lalande, A. (1962), *Vocabulaire technique et critique de la Philosophie*, PUF, Paris.

Lange, F. (1904), *Fanities*, f.e., Copenhaga.

Lansky, M.R. (1986), „Marital therapy for narcissistic disorders", în Jacobson N. şi Gurman A. (eds.), *Clinical Handbook of Marital Therapy*, Guilford Press, New York.

Largo, R.H. *et al.* (1996), „Does a profound change in toilet – training effect development of bowl and blodder control ? ", *Developmental Medicine and Child Neurology*, nr. 38, pp. 1106-1116.

Lăzărescu, M. (1989), *Introducere în psihopatologia antropologică*, Editura Facla, Timişoara.

Lăzărescu, M. (1994), *Eseu despre fiinţele intermediare*, Editura de Vest, Oradea.

Lăzărescu, M. (1994), *Psihopatologie clinică*, Editura Helicon, Timişoara.

Lăzărescu, M. (2002), *Psihiatrie, Sociologie, Antropologie*, Editura Brumar, Timişoara.

Lăzărescu, M. (2004), *Despre Sărbători, Grădini şi Logos*, Editura Brumar, Timişoara.

Lăzărescu, M. (2006), „Tulburările de personalitate în perspectiva continuumului a relaţiilor interpersonale şi a modelului circumplex", în A. Nireştean (ed.), *Tulburările de personalitate – interpretări doctrinare şi condiţii de comorbiditate*, Editura Universităţii, Târgu-Mureş.

Le Doux, J. (1990), „Cognitive and emotional interactions in the brain", *Cognition and Emotions*, nr. 3, pp. 265-289.

Le Senne, R. (1946), *Traité de caractériologie*, PUF, Paris.

Leaf, R.C.; Alington, D.E. *et al.* (1992), „Personality Disorders, underlying traits, social problems and clinical syndroms", *Journal of Personality Disorders*, nr. 6 (2), pp. 134-152.

Leary, T. (1957), *Interpersonal Diagnosis of Personality : A Functional Theory and Methodology for Personality EvaluationI*, Ronald Press, New York.

Leichsenring, P.G. şi Leibing, E. (2003), „The effectiveness of psychodynamic therapy in the treatment of personality disorders : a meta-analysis", *American Journal of Psychiatry*, nr. 160, pp. 1223-1232.

Leonhard, K. (1968), *Akcentuierte Personlich Keiten*, Verlag Volk und Gesundheit, Berlin.

Levinas, E. (1999), *Totalitate şi infinit. Eseu despre exterioritate*, Editura Polirom, Iaşi.

Levy, K.N. şi Blatt, S.J. (1999), „Attachment theory and psychoanalysis : further differentiation within insecure attachment patterns", *Psychoanalytic Inquiry*, nr. 19, pp. 541-575.

Lewis, Appleby L. (1988), „Personality Disorder : the patients psychiatrists dislike", *British Journal of Psychiatry*, nr. 153, pp. 44-49.

Lewis, M. (1997), *Alterning fate : Why the part does not predict the future*, Guilford Press, New York.

Liebowitz, M.R. *et al.* (1986), „Phenalzine in social phobia", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, nr. 6, pp. 93-98.

Linehan, M.M. (1993), *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, Guilford Press, New York.

Linehan, M.M. (1993), *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*, Guilford Press, New York.

Linehan, M.M. (1997), „Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder", *J. Calif. Alliance Ment.* vol. IV, nr. 8, pp. 44-46.

Linehan, M.M. *et al.* (1991), „Cognitive-behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients", *Archives of General Psychiatry*, nr. 48, pp. 1060-1064.

Linehan, M.M. *et al.* (1993), „Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients", *Archives of General Psychiatry*, nr. 50, pp. 971-974.

Livesley, W.J. (1991), „Clasifing Personality Disorders : ideal Types, Prototypes or Dimensions ?", *Journal of Personality Disorders*, nr. 5 (1), pp. 52-59.

Livesley, W.J. (2004), „Introduction to the special feature on recent progress in the treatment of personality disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 18 (1), pp. 1-2.

Livesley, W.J. şi Jang, K.L. (2001a), „Toward an empirically based classification of personality disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (2), pp. 137-151.

Livesley, W.J. (2001b), „Conceptual and Taxonomic Issues", în Livesley W.J. (ed.), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 3-38.

Livesley, W.J. (2003), *Personality Disorders : A Practical Approach*, Guilford Press, New York.

Livesley, W.J. şi Jackson, D.N. (2002), *Manual for fhe dimensional assesment of personality pathology*, M.I, Sigma Press, Port Huron.

Livesley, W.J. şi Jank, K.L. (1998), „Toward on empirical based clasification of personality disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (2), pp. 1437-1451.

Livesley, W.J.; Jackson, D.H. şi Schroeder, M.L. (1992), „Factorial structure of traits delimiting personality disorders in clinical and

general population samples", *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 101, pp. 423-440.

Livesley, W.J. ; Jackson, D.M. şi Schroeder, M.L. (1989), „A study of the factorial strucutre of personality pathology", *Journal of Personality Disorder*, nr. 3, pp. 292-306.

Livesley, W.J. ; Jang, K.L. ; Jackson, D.N. *et al.* (1993), „Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorders", *American Journal of Psychiatry*, nr. 150, pp. 1826-1831.

Loevinger, J. (1966), „The meaning and measurment of ego development", *American Psychologist*, nr. 21, pp. 195-206.

Lofhlin, J.C. (1992), *Genes and environment in personality development*, CA Sage, Newbury Park.

Loranger, A.W. *et al.* (1982), „Familial transmission of DSM-III borderline personality disorders", *Archives of General Psychiatry*, nr. 39, pp. 795-799.

Loranger, A.W. *et al.* (1994), „The International Personality Disorder Examination", *Archives of General Psychiatry*, nr. 51, pp. 215-224.

Luborsky, L. (1984), *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy : A Manual for Supportive-Expressive Treatment*, Basic Books, New York.

Lukoff, D. *et al.* (1995), „Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems", *Psychiatric Clinic of North America*, nr. 18, pp. 467-485.

Lynch, T.R. *et al.* (2003), „Dialectical behavior therapy for depressed older adults : a randomized pilot study", *American Journal of Geriatric Psychiatry*, nr. 11, pp. 33-45.

Lyons, M.J. ; Tyrer, P. *et al.* (1977), „Special feature : heuristic models of comorbidity of axis I and II disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 11 (3), pp. 260-269.

MacIntyre, A. (1998), *Tratat de Morală după Virtute*, Editura Humanitas, Bucureşti.

MacKenzie, K.R. (1999), „Personality Assessment in Clinical Practice", în Livesley W.J. (ed.) (2001), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 307-322.

Maier, W. *et al.* (1999), „Schizophrenia spectrum disorders : a review", în M. Maj şi N. Sartorius (eds.), *Schizophrenia*, Wiley, Chichester, pp. 311-371.

Malinowsky, Rummel şi R. Hansen, D. (1993), „Long-term consequences of psysical abuse", *Psychol. Bull.*, nr. 114, pp. 68-69.

Mann, J.J. (1998), „The neurobiology of suicide", *Nat. Med.*, nr. 4, pp. 425-430.

Markovitz, P.J. şi Wagner, S.L. (1995), „Venlafaxine in the treatment of borderline personality disorder", *Psychopharmacology Bulletin*, nr. 31, pp. 773-777.

Markowitz, J.C. *et al.* (1998), „Is IPT time-limited psychodinamic psychotherapy ? ", *Journal of Psychoterapy Practical Resources*, nr. 7, pp. 185-192.

Masters, W.H. *et al.* (1977), *Ethical issues in sex therapy and research*, Little Brown, Boston.

Mattes, J.A. (1990), „Comparative effectiveness of carbamazepine and propranolol for rage outbursts", *J. Neuropsychiatry Clin. Sci.*, nr. 2, pp. 159-264.

Matthews, G. ; Deary, I.J. şi Whiteman, M.C. (2005), *Psihologia Personalităţii. Trăsături, Cauze, Consecinţe*, Editura Polirom, Iaşi.

Mattia, J.I. şi Zimmerman, M. (1999), „Epidemiology", în Livesley W.J. (ed.) (2001), *Handbook of Personality Disorders*, The Guilford Press, New York, pp. 107-123.

Maudsley, H. (1888), *A Physiology and Pathology of Mind*, MacMillan, Londra.

May, G. (1982), *Will and spirit*, Harper and Row, San Francisco.

McAdams, Dan P. (1999), „Personal Naratives and the Life Story", în Pervin A. Lawrence şi John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 478-500.

McCall, R.B. şi Carriger, M.S. (1993), „A meta-analysis of infant habituation and recognition memory performance as predictors of later IQ", *Child Development*, nr. 64, pp. 57-79.

McCord, W. şi McCord, J. (1964), *The Psychopath : an essay on the criminal mind*, Von Nostrand, Princeton, New York.

McCrae, R.R. şi Costa, P.T. Jr. (1997), „Personality trait structure as a human universal", *American Psychologist*, nr. 52, pp. 509-516.

McCrae, Roberet R. şi Costa Paul T Jr. (1999), „A Five-Factor Theory of Personality", în Pervin A. Lawrence şi John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 139-153.

McDavid, J.D. şi Pilkonis, P.A. (1996), „The stability of personality disorder diagnosis", *Journal of Personality Disorders*, nr. 10 (1), pp. 1-15.

McDermut, W. şi Zimmerman, M. (2005), „Assessment Instruments and Standardized Evaluation", în Oldham J.M., Skodol A.E. şi Bender D.S. (eds.), *Textbook of Personality Disorders,* American Psychiatric Publishing Inc., New York, pp. 89-101.

McGlashan, T. (1986), „Schizotypal personality disorder: Chestnut Lidge, follow-up study VI. Longterm follow-up perspectives", *Archives of General Psychiatry*, nr. 43, pp. 328-334.

McPherson, K. (1994), „The best and the enemy of the good : randomized controlled, uncertainty and assessing the role of patients choice in medical decision making", *Journal of Epidemiology and Community Health*, nr. 48, pp. 6-15.

Millon, F.; Simonsen, E.; Birket, Smith M. şi Davis, R.D. (1998), *Psychopathy : Antisocial, Criminal and Violent Behavior*, Oxford University Press, Oxford.

Millon, T. (1981), *Disorders of Personality : DSM III, Axis II*, Wiley, New York.

Millon, T. (1983), *Millon clinical multiaxial inventory. Manual for the MCMI*, National Computer System, Minneapolis.

Millon, T. (1989), *Modern psychopathology : A biological approach to maladaptative learning functioning*, W.B. Saunders, Philadelphia.

Millon, T. (1990), *Toward a new personology*, Wiley, New York.

Millon, T. (2000a), „Reflections on the future of DSM Axis III", *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (1), pp. 30-41.

Millon, T. (2000b), „Sociocultural conceptions of the borderline personality", *Psychiatric Clinic of North America*, nr. 23, pp. 123-136.

Millon, T. (2001), „Reflections on the Future of DSM Axis II", *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (1), pp. 30-41.

Millon, T. *et al.* (1998), *Psychopathy*, The Guilford Press, New York.

Millon, T. şi Davis R.D. (1998), „Ten Subtype of Psychpathy", în Millon T., Simonsen E. şi Birket-Smith M. (eds.) (1998), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York, pp. 161-170.

Millon, T. şi Davis, R.D. (1998), „Ten Subtypes of Psychopathy", în Millon T. *et al.* (eds.), *Psychopathy : Antisocial, Criminal and Violent Behavior*, Oxford University Press, Oxford, pp. 161-171.

Millon, T.; Meagher, S.E. şi Grossman, S.D. (2001), „Theoretical perspectives", în Livesley W.J. (ed.) (2001), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 39-59.

Millon, T.; Millon, C. şi Davis, R. (1994), *MCMI-III Manual*, National Computer System, Minneapolis.

Millon, T.; Simonsen, E.; Birket-Smith, M. şi Davias, R.D. (1998), „Historical Conception of Psychopathy in the United States and Europe", în Millon T., Simonsen E. şi Birket-Smith M. (eds.), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York, pp. 3-31.

Millon, T. şi Davis, R. (1995), „Development of Personality Disorders", în Cicchetti Dante şi Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. II, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 633-675.

Mischel, W. (1986), *Introduction to Personality : A New Book*, Holt, Rinehart and Winston, New York.

Mischel, Walter şi Shoda, Yuich (1999), „Integrating Dispozitions and Processing. Dynamics within a Unified Theory of Personality. The Cognitive-Affective Personality System", în Pervin A. Lawrence şi John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 197-218.

Monroe, S.M. şi Simons, A.D. (1991), „Diathesis-stress theories in the context of life stress research", *Psychofarmacology Bulletin*, nr. 110, pp. 406-425.

Montgomery, S.A. şi Montgomery, D. (1982), „Pharmacologic prevention of suicidal behavior", *Journal of Affective Disorders*, nr. 4, pp. 291-298.

Morel, B.A. (1852), *Traité théorique et practique des maladies mentales*, Baillière, Paris.

Morey, L.C. *et al.* (2002), „The representation of borderline, avoidant, obsessive-compulsive and schizotipal personality disorder by the five factor model, *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (3), pp. 215-234.

Mounier, E. (1969), *Le Personalisme*, PUF, Paris.

Mounier, E. (1969), *Oeuvre*, vol. II, *Traité du Caractère*, Seuil, Paris.

Mounoud, P. (1990), „Consciousness as a necessary transitional phenomenon in cognitive development", *Psychological Inquiry*, nr. 1, pp. 253-258.

Munroe-Blum, H. şi Marziali, E. (1995), „A controlled trial of short--term group treatment for borderline personality disorder", *Journal of Personality Disorders*, nr. 9, pp. 190-198.

Murray, H. (1938), *Exploration in Personality*, New York University Press, New York.

Neugarten, B.L. (1968), „Age norms, age constraints and adult socialization", în B.L. Neugarten (ed.), *Middle age and aging : A leader in social psychology*, University of Chicago Press, Chicago.

Nietzsche, F. (1991), *Dincolo de bine şi de rău*, Editura Humanitas, Bucureşti.

Nigg, J.T. şi Goldsmith, H.H. (1998), „Developmental psychopathology personality and temperament : Reflections on recent behavior genetic research", *Human Biology*, nr. 70, pp. 387-412.

Nireştean, A. (1995), *Repere clinico-evolutive şi terapeutice în stările psihopatoide*, teză de doctorat.

O'Leary, K.M. (2000), „Neuropsychological testing results", *Psychiatric Clinics of North America*, nr. 423, pp. 1-10.

Oldham, J.M. (2005), „Personality Disorders : Recent History and Future Directions", în Oldham J.M., Skodol A.E. şi Bender D.S. (eds.), *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing Inc., New York, pp. 3-16.

Oldham, J.M. *et al.* (1995), „Comorbidity of Axis I and Axis II disorders", *American Journal of Psyciatry*, nr. 152, pp. 571-578.

Oldham, J.M. *et al.* (2001), „Practice guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder", *American Journal of Psychiatry*, nr. 158 (supliment).

Oldham, J.M. şi Skodal, A.E. (2000), „Charting the Future of Axis II", *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (1), pp. 17-29.

Oldham, J.M. ; Skodal, A.E. *et al.* (1995), „Comorbidity of Axis I and Axix II disorders", *American Journal of Psychiatry*, nr. 152, pp. 571-578.

Orlinsky, D.A. *et al.* (1994), „Process and outcome in psychotherapy : Noch einmal", în Bergin A.E. şi Garfield S.L. (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Wiley, New York, pp. 270-376.

Ornstein, P.H. (1998), „Psychoanalysis of patients with primary self--disorder : a self psychological perspective", în Ronningstam E.F. (ed.), *Disorders of Narcissism : Diagnostic, Clinical and Empirical Implications*, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 147-161.

Owen, M.J. *et al.* (1997), „Association studies in psychiatric genetics", *Molecular Psychiatry*, nr. 2, pp. 270-273.

Ozer, D.J. (1999), „Four Principles for Personality Assesment", în L.A. Pervin şi O.P. John (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 671-688.

Padesky, C.A. şi Greenberger, D. (1995), *Clinician's guide to mind over mood*, The Guilford Press, New York, Londra.

Paris, J. (1996), *Social Factors in Personality Disorders*, Cambridge University Press, Cambridge.

Paris, J. (1997), „Childhood trauma as an ethiological factor in the personality disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 11, pp. 34-39.

Paris, J. (1998), „Biopsychosocial Model of Psychopaty", în Millon T., Simonsen E. şi Birket-Smith M. (eds.) (1998), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York, pp. 277-290.

Paris, J. (1999), *Nature and Musture in Psychiatry*, American Psychiatric Press, Washington DC.

Paris, J. (2003), „Personality disorders over time: precursors, course and outcome", *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (6), pp. 479-488.

Paris, J. (2003), *Personality Disorders Over Time*, American Psychiatric Publishing, Washington DC.

Parker, G. *et al.* (2002), „Defining Disordered Personality Functioning", *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (6), pp. 503-522.

Parker, G.; Hadzi, Pavlovic D. *et al.* (2000), „Modeling and measuring the person disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (3), pp. 189-198.

Partridge, G.E. (1930), „Personality disorder", *American Journal of Psychiatry*, nr. 1053.

Patterson, G. (1982), *Coercive Family Process: A Social Learning Approach to Family Intervention*, vol. III, Castalia Publications, Sugene OP.

Perry, J.C. (1995), „Dependent personality disorder", în Gabbard G.O. (ed.), *Treatment of Psychiatric Disorders*, vol. II, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 2355-2366.

Perry, J.C. şi Bond, M. (2000), „Empirical studies of psychotherapy for personality disorders", în Gunderson J.G. şi Babbard G.O. (eds.), *Psychotherapy for Personality Disorders*, American Psychiatrie Press, Washington DC, pp. 1-31.

Perry, J.C. şi Vaillant, G.E. (1985), „Personality disorders", în Kaplan H.J. şi Sadock B.J. (1985), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Williams and Wilkins, Baltimore, pp. 1352-1395.

Pervin, L.A. (1996), *The science of personality*, Wiley, New York.

Pervin, L.A. (ed.) (1990), *Handbook of personality: Theory and research*, Guilford Press, New York.

Pfohl, B. (1991), „Hystrionic personality disorder: a review of available data and recomandations for DSM-IV, *Journal of Personality Disorders*, nr. 5, pp. 150-166.

Pfohl, B. *et al.* (1986), „DSM III personality disorders: diagnostic overlap and internal consistency of individual DSM III criteria", *Comprehensive Psychiatry*, nr. 27, pp. 21-34.

Phillips, K.A.; Shea, T. *et al.* (2001), „The relationship between comorbid personality disorders and treatment received in patients with anxiety disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 15 (2), pp.157-167.

Phillips, K.A. (2005), „Schizophrenia and narrative self", în T. Kircher şi A. David (eds.), *The Self*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 319-335.

Piaget, J. (1952), *The origins of intelligence in children*, International University Press, New York.

Piaget, J. şi Inhelder, B. (1970), *Psihologia copilului*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

Pike, A. *et al.* (1996), „Family environment and adolescent depressive symptoms and antisocial behavior. A multivariate genetic analysis", *Developmental Psychology*, nr. 32 (4), pp. 590-603.

Pinderhughes, E. (1989), *Understanding Race, Ethnicity and Power*, Free Press, New York.

Pinel, P. (1962), *A treatise on insanity*, Hofner, New York.

Piper, W.E. şi Ogrodniczuk, J.S. (2004), „Brief Group Therapy", în De Lucia Waack J., Gerritiy D.A., Halodner C. (eds.) *et al.*, *Handbook*

of Group Counceling and Psychotherapy, Sage Publications, Beverly Hills, CA, pp. 641-650.

Plomin, R. (1983), „Childhood temperament", în B. Lahey şi A. Kazdin (eds.), *Advances in clinical child psychology*, vol. VI, Plenum Press, New York, pp. 45-92.

Plomin, R. *et al.* (1997), *Behavioral Genetics*, ediţia a treia, Freeman, New York (ediţia a patra, 2001).

Pontoppidan, K. (1895), *Psychiatrinke forelaesninger of studier II*, T. Find, Copenhaga.

Popa, V. (2005), *Drept civil. Partea generală. Persoanele*, Editura All Beck, Bucureşti.

Popper, K. (1960), *The logic of scientific discovery*, Hutchinson, Londra.

Popper, K. (1997), *Cunoaşterea şi problema corp-minte*, Editura Trei, Bucureşti.

Popper, K. şi Eccles, J.C. (1977), *The Self and its Brain*, Springer, Heidelberg.

Porter, R. (1987), *Mind - forg'd manacles: a history of madness in England from the Restoration to the Regency*, Athlone Press, Londra.

Postel, J. şi Quetel, C. (1983), *Nouvelle histoire de la Psychiatrie*, Privat, Toulouse.

Potter, N.N. (2006), „What is manipulative behaviour anyway", *Journal of Personality Disorder*, nr. 20 (2), pp. 139-156.

Racker, H. (1968), *Transference and Countertransference*, International University Press, New York.

Raine, J. *et al.* (2000), „Reduced prefrontal gray matter and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder", *Archives of General Psychiatry*, nr. 37, pp. 119-127.

Rao, V. (1975), *In World History of Psychiatry*, Bailliére-Tindall, Londra.

Rathus, J.H. şi Miller, A.C. (2002), „Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolecents", *Suicide Life Threatening Behavior*, nr. 32, pp. 146-157.

Reich, J. (2003), „The efect of axis disorders on the outome of treatment of anxiety and unipolar depressive disorders: a review", *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (5), pp. 387-405.

Reich, W. (1925), *Die Triebhafie Charakter*, Internationaler Psychoanalitischer Verlag, Leipzig.

Reiss, D. *et al.* (2000), *The Relationship Code*, Harvard University Press, Cambridge MA.

Reist, C. *et al.* (2003), „Impulsive-aggressive behavior: open label treatment with citalopram", *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 64, pp. 81-85.

Renolds, C.F. *et al.* (1999), „Nortriptiline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurent major depression: a randomized controled trial in patients older than fifty-nine years", *JAMA*, nr. 281, pp. 39-45.

Ricoeur, P. (1990), *Soi-même comme un autre*, Seuil, Paris.

Ricoeur, P. (1999), „Approaching the Human Person", *Ethical Perspectives*, vol. VI, nr. 1, pp. 45-54.

Rifkin, A. *et al.* (1972), „Lithium carbonate in emotionally instable character disorder", *Archives of General Psychiatry*, nr. 27, pp. 519-523.

Rind, B. şi Tromofovitch, P. (1997), „A meta-analytic review of findings from national samples on psychological correlates of child sexual abuze", *J. Sex. Res.*, nr. 34, pp. 237-255.

Rinne, T. *et al.* (2000), Serotonergic blunting to meta-chlorphenyl-piperazine (m-CPP) highly correlates with sustained childhood abuse in impulsive and autoaggresive female borderline patients", *Biological Psychiatry*, nr. 47, pp. 548-556.

Rinne, T. *et al.* (2002), „SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized placebo controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder", *American Journal of Psychiatry*, nr. 159, pp. 2048-2054.

Roberts, B.W. şi Helson, R. (1997), „Changes in culture, changes in personality. The influence of individualism in a longitudinal study of woman", *Journal of Personality and Social Psychology*, nr. 72, pp. 641-651.

Robins, C.J. şi Chapman, A.L. (2004), „Dialectical behavior therapy: current status, recent developments and future directions", *Journal of Personality Disorders*, nr. 18, pp. 73-89.

Robins, J. (1986), *Fods and Mad: A history of the insane in Ireland*, Institute of Public Administration, Dublin.

Robins, L. (1966), *Deficient children grown up*, Williams & Wilkins, Baltimore.

Robins, L.N. şi Regier, D.A. (eds.) (1991), *Psychiatric Disorders in America*, Free Press, New York.

Robins, Richard W; Norem, Julie K. şi Check, Jonathan M. (1999), „Naturalizing the Self", în Pervin A. Lawrence şi John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 443-477.

Ronningstam, E. (1998), *Disorders of Narcissism: Clinical and Empirical Implications*, American Psychiatric Press, Washington.

Rosen, D. *et al.* (2001), „The group – as a whole relations model of group psychotherapy", *Bull. Mann. Clin.*, nr. 65, pp. 471-488.

Rothbard, J.C. şi Shaver, P.R. (1994), „Continuity of attachment across the life span", în Sperling M.B., Berman W.H. (eds.) (1998), *Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives*, Whiley, New York, pp. 105-176.

Rothhart, Mary K.; Pasner, Michael şi Herstey, Karen L. (1995), „Temperament, Attention and Developmental Psychopathology", în Cicchetti Dante şi Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. I, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 305-342.

Rothschild, L. şi Zimmermann, M. (2002), „Personality disoders and the duration of depressive episode: a retrospective study", *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (4), pp. 293-300.

Rowe, D.C. (1981), „Environmental and genetic influences on dimensions of permised percenting: A twin study", *Developmental Psychology*, nr. 17, pp. 203-208.

Rush, B. (1962), *Medical inguiries and observations upon the diseases of the mind*, New York Academy of Medicine, Hafner, New York.

Rutan, J.S. şi Stone, W.N. (2001), *Psychodynamic Group Psychotherapy*, Guilford Press, New York.

Rutter, M. (1985), „Resilience to the Face of Adversity. Protective factors and Resilience to Psychiatric Disorder", *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 147, pp. 595-611.

Rutter, M. (1987), „Temperament, personality and personality disorder", *British Journal of Psychiatry*, nr. 150, pp. 443-458.

Rutter, M. şi Quinton, D. (1984), „Parental psychiatric disorders: effects on children", *Psychol. Med.*, nr. 14, pp. 853-880.

Ryan, Richard M.; Edward, L. şi Wondy, S. (1995), „Autonomy, Relatedness and the self: Their Relation to Developmental and Psychopatology", în Cicchetti Dante şi Cohen Donald J. (eds.), *Developmental Psychopathology*, vol. I, John Wiley & Sons Inc., New York.

Ryle, A. (1997a), „The structure and development of borderline personality disorder: a proposed model", *British Journal of Psychiatry*, nr. 170, pp. 82-87.

Ryle, A. (1997b), *Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder*, Wiley, Chichester.

Samuel, D. şi Widiger, T.A. (2004), „Clinicians personality descriptions of prototipic personality disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 18 (3), pp. 280-308.

Samuel, D.B. şi Widiger, T.A. (2004), „Clinicians' personality description of prototypic personality disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 18 (3), pp. 258-308.

Sandler, J. (1981), „Character traits and object relationships. Psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy", în Livesley J. (ed.), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 359-376.

Sanford, R.N. (1982), *The American College*, Wiley, New York.

Sapir, E. (1934), „Personality", *Encyclopedia of the Social Sciences*, nr. 12, pp. 85-88.

Saposnek, D.T. (1980), „Aikido : A model for brief strategic therapy", *Family Process*, nr. 19, pp. 227-238.

Sartorius, C. *et al.* (1993), „Progress toward achieving a comune language in psychiatry. Results from the field trial of the clinical guidelines acompanying the WHO clasification of mental and behavioral disorders in ICD-10", *Archives of General Psychiatry*, nr. 50, pp. 115-124.

Saudino, K.J. şi Plomin, R. (1997), „Cognitive and temperamental mediators of genetic contributions to the home environment during infancy", *Merril-Palmer Quarterly*, nr. 43, pp. 1-23.

Schirtz, S.C. *et al.* (1999), „Olanzapine safety and efficacy in patient with borderline personality disorder and comorbid dystimia", *Biological Psychiatry*, nr. 46, pp. 1429-1435.

Schlesinger, H. (2005), *Endings and Beginnings*, Analitic Press, Hillsdale, NJ.

Schneider, K. (1923), *Psychopatic Personalities*, Cassel, Londra.

Schneider, K. (1928), *Die Psychiopathischen Personlichkerten*, Springer, Berlin.

Schrenck-Notzing, A. von (1895), *Hypnotismus*, Vogel, Leipzig.

Schulsinger, F. (1972), „Psychopathy heredity and environment", *International Journal of Mental Health*, nr. 1, pp. 190-206.

Shapiro, D. (1965), *Nevrotic styles*, Basic Books, New York.

Shea, M.T. (1993), „Psychosocial Treatment of Personality Disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 7 (supliment), pp. 167-180.

Shea, M.T. *et al.* (1990), „Personality disorder and treatment outcome in the NIMH. Treatment of Depression Collaborative Research Program", *American Journal of Psychiatry*, nr. 147, pp. 711-718.

Shea, M.T. şi Yen, S. (2003), „Stability as a distinction between axis I and axis II disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (5), pp. 373-386.

Sheard, M.H. *et al.* (1976), „The effect of lithium on impulsive aggressive behavior in man", *American Journal of Psychiatry*, nr. 133, pp. 1409-1413.

Sholevar, G.P. şi Schwoeri, L.D. (2003a), „Family therapy with personality disorders", în Sholevar G.P. (ed.), *Textbook of Family and Couples Therapy*, American Psychiatric Publishing, Washington DC, pp. 715-723.

Sholevar, G.P. şi Schwoeri, L.D. (2003b), „Tehniques of family therapy", în Sholevar G.P. (ed.), *Textbook of Family and Couples Therapy*, American Psychiatric Publishing, Washington DC, pp. 225-250.

Shopshire, M.S. şi Craik, K.N. (1996), „An act based conceptual analysis of the obsesive-compulsive, paranoid and hystrionic personality disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 19, pp. 203-218.

Shweder, R.A. (1991), *Thinking through cultures. Expeditions in cultural psychology*, Harvard University Press, Cambridge MA.

Siever, L.J. ; Bernstein, D. şi Silverman, J. (1991), „Schizotypal personality disorder : a review of its current status", *Journal of Personality Disorders*, nr. 5, pp. 178-193.

Siever, L.J. (1998), „Neurobiology in Psychopathy", în Millon T., Simonsen E. şi Birket-Smith M. (eds.) (1998), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York, pp. 231-246.

Siever, L.J. şi Davis, K.L. (1991), „A psychobiological perspective on the personality disorders", *American Journal of Psychiatry*, nr. 148, pp. 1647-1658.

Sjobring, H. (1962), *La Personalité, Strucure et development*, Doin, Paris.

Skodal, A.E. (2005), „Manifestations, Clinical Diagnosis and Comorbidity", în Oldham J.M., Skodol A.E. şi Bender D.S. (eds.), *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing Inc., New York, pp. 57-87.

Skodol, A.E. (1997), „Classification, assesment and diferential diagnosis of personality disorders", *Journal of Practical Psychology, Behavior and Health*, nr. 3, pp. 261-274.

Smith, G.E. *et al.* (2001), „An intensive outpatient program for patients with borderline personality disorder", *Psychiatric Services*, nr. 52, pp. 532-533.

Smith, G.E. (1916), „Shock and the soldier", *Lancet*, nr. 1, pp. 853-857.

Soloff, P.H. (2000), „Psychopharmacological treatment of BPD", *Psychiatric Clinic of North America*, nr. 23, pp. 169-192.

Soloff, P.H. *et al.* (1986), „Progress in pharmacotherapy of borderline disorders", *Archives of General Psychiatry*, nr. 43, pp. 691-697.

Soloff, P.H. *et al.* (1989), „Amitriptiline *vs* haloperidol in borderlines : final outcomes and predictors of response", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, nr. 9, pp. 238-246.

Soloff, P.H. *et al.* (1993), „Efficacy of phenalzine and haloperidol in borderline personality disorder", *Archives of General Psychiatry*, nr. 50, pp. 377-385.

Solomon, J. şi George, C. (1999), *Attachement Disorganization*, Guilford Press, New York.

Sonne, J.C. şi Swirsky, D. (1986), „Self-object considerations in marriage and marital therapy", în Sholevar G.P. (ed.), *Handbook of Marriage and Marital Therapy*, Pergamon, Elmaford NY, pp 77-102.

Spinetta, J. (1987), *Le visage, reflet de l'âme*, Douglas, St. Jean-De-Braye.

Sprock, J. (2002), „A comparative study of the dimension and facets of the five factor model in the diagnosis of cases of personality disorder", *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (5), pp. 402-423.

Stamenov, M.I. ; Marsiske, M. şi Baltes, P.B. (1995), „Resilience and reserve capacity in later adult hood : potentials and limits of development across life span", în Cicchetti D. şi Cohen D.J. (eds.), *Developmental psychopatology*, John Wiley & Sons Inc., New York, pp. 753-800.

Stanley, B. (2001), „Skills training as an adjunctive treatment for personality disorders", *Journal of Psychiatric Practice*, nr. 7, pp. 324-335.

Stăniloae, D. (1987), *Chipul nemuritor al lui Dumnezeu*, Editura Mitropoliei Olteniei.

Stegler, R.S. (1991), *Children's Thinking*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Stein, D.J. *et al.* (1995), „An open trial of valproate in borderline personality disorder", *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 56, pp. 506-510.

Stern, W. (1936), *Allgemaine Psychologie*, f.e., Amsterdam.

Stevens, A. (1994), *Jung*, Editura Humanitas, Bucureşti.

Stone, M.H. (2001), „Natural history and long term outcome", în Livesley W.J. (ed.) (2001), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 259-276.

Strupp, H.H. şi Binder, J.L. (1984), *Psychotherapy in a New Key : A Guide to Time-Limited Dynamic Psychotherapy*, Basic Books, New York.

Stürup, G.K. (1968), *Treating the untreatable*, John Hopkins University Press, Baltimore.

Suler, J.R. (1989), „Paradox in psychological transformations. The ZEN Koan and psychotherapy", *Psychologia*, nr. 32, pp. 221-229.

Sullivan, H.S. (1953), *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, W.W. Norton, New York.

Sulloway, F.J. (1998), *Born to Rebel : family conflict and radical genius*, Pantheon, New York.

Symons, D. (1992), „On the use and misuse of Darwinism in the study of human behavior", în J. Barkow, L. Cosmides şi J. Tooby (eds.), *The adapted mind*, Oxford University Press, Oxford, pp. 137-159.

Taylor, S. şi Goritsas, E. (1994), „Dimensions of identity diffusion", *Journal of Personality Disorders*, nr. 8 (3), pp. 229-239.

Teicher, M.H. *et al.* (1989), „Open assessment of the safety and efficacy of thioridazine in the treatment of patients with borderline personality disorders", *Psychopharmacology Bulletin*, nr. 25, pp. 535-549.

Teofrast (1966), „Caracterele", în La Bruyère Jean de, *Caracterele sau moravurile acestui veac*, Editura pentru Literatură, Bucureşti, pp. 25-76.

Tesser, A. (1993), „The importance of heritability in psychological research : The case of attitudes", *Psychological Review*, nr. 100, pp. 129-142.

Tickle, T. ; Heathertone, T.F. şi Wittemberg, L.G. (2001), „Can personality change ? ", în Livesley W.J. (ed.) (2001), *Handbook of Personality Disorders*, Guilford Press, New York, pp. 242-259.

Torgersen, S. (2005), „Epidemiology", în Oldham J.M., Skodol A.E. şi Bender D.S. (eds.) (2005), *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing, Washington DC, pp. 129-140.

Turner, S.M. *et al.* (1986), „Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder", *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 95, pp. 389-394.

Tuttman, S. (1990), „Principles of Psychoanalytic group therapy applied to the treatment of borderline and narcissistic disorders", în Roth B.E., Stone W.N. şi Kibel H.D. (eds.), *The Difficult Patient in Group : Group Psychotherapy With Borderline and Narcissistic Disorders*, International Universities Press, Madison CT, pp. 7-29.

Tyrer, M.R. *et al.* (1988), „Comorbidity of borderline personality disorder", *Archives of General Psychiatry*, nr. 45, pp. 348-352.

Tyrer, P. (1993), „Comorbidity or consanuinity", *British Journal of Psychiatry*, nr. 168, pp. 669-671.

Tyrer, P. (2000), *Personality Disorders : Diagnosis, Management and Course*, Butterworth and Co, Weight.

Tyrer, P. (2002), „Nidotherapy : a new approach to the treatment of personality disorder, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, nr. 105, pp. 469-471.

Tyrer, P. (2004), „Comorbidity of personality and mental state disorders" în Tyrer P. (ed.), *Personality Disordes*, Butterworth Heineman, Oxford, pp. 88-89.

Tyrer, P. (2005), „Medical settings", in Oldham J.M., Skodol A.E., Bender D.S. (eds.) (2005), *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing, Washington DC, pp. 607-619.

Tyrer, P. *et al.* (2003), „Treatment-rejecting and treatment-seeking personality disorders. Type R and Type S", *Journal of Personality Disorders*, nr. 17, pp. 265-270.

Tyrer, P. şi Alexander, J. (1979), „Classifiction of personality disorder", *British Journal of Psychiatry*, nr. 135, pp. 163-167.

Tyrer, P. şi Cicchetti, D. (2000), „Personality Assessment Schedule", în Tyrer P., *Personality Disorders*, Wright, Butterworth and Co, Londra, pp. 51-70.

Tyrer, P. şi Davidson, K. (2000), „Cognitive therapy for personality disorders", în Gunderson J.G. şi Gabbard G.O. (eds.), *Psychotherapy in Personality Disorders*, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 131-149.

Tyrer, P. şi Seivewright, H. (2000), „Outcome of personality disorder", în Tyrer P. (ed.) (2000), *Personality Disorders*, Butterworth Heineman, Oxford.

Tyrer, P. şi Simmonds, S. (2003), „Treatment models for those with severe mental illness and comorbid personality disorder", *British Journal of Psychiatry*, nr. 182(supliment), pp.15-18.

Tyrer, P. şi Steinberg, D. (1993), *Models for Mental Disorders*, John Wiley & Sons, New York.

Tyrer, P. ; Gunderson, J. ; Lyons, M. şi Tohen, M. (1997), „Special feature : extent of comorbidity between mental state and personality disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 11 (3), pp. 242-289.

Tyrer, P. ; Seivewright, H. şi Johnson, T. (2003), „The core elements of neurosis : mixed anxiety depression (cotymia) and personality disorder", *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (2), pp. 129-138.

Vaillant, G.E. (1976), „Natural history of male psychological health : The relation of choice of ego mechanisms of defense to adult adjustment", *Archives of General Psychiatry*, nr. 33, pp. 535-545.

Vaillant, G.E. (1987), „Developmental view of old and new perspectives of personality disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 1 (2), pp. 146-156.

Vaillant, G.E. şi Vaillant, L.M. (1999), „The role of Ego mechanismus of defense in the diagnosis of personality disorders", în Barron J. (ed.), *Making Diagnosis. Enhancing Evoluation and Treatment of Personality Disorders*, American Psychological Association, Washington DC, pp. 139-158.

Van Velzen, C.J.M. şi Emmelkamd, P.M.G. (1996), „The assessment of personality disorder: implications for cognitive and behavior therapy", *Behaviour Research and Therapy*, nr. 34, pp. 655-668.

Vereycken, J.; Vertommen, H. *et al.* (2002), „Autority conflicts and personality disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 16 (1), pp. 41-51.

Vollrath, M.; Alnaies, R. *et al.* (1995), „Coping styles predict change in personality disorders", *Journal of Personality Disorders*, nr. 9 (4), pp. 371-385.

Walker, N. (1968), *Crime and Insanity in England*, vol. I, *The historical perspective*, University Press, Edinburgh.

Waters, E. *et al.* (2000), „Attachment security in infancy and early adulthood: a longitudinal study", *Child Development*, nr. 71, pp. 684-689.

Weber, M. (1993), *Etica protestantă şi spiritul capitalismului*, Editura Humanitas, Bucureşti.

Weissman, M.M. (1993), „The epidemiology of personality disorders: a 1990 update", *Journal of Personality Disorders*, nr. 7, pp. 44-62.

Weissman, M.M. *et al.* (2000), *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*, Basic Books, New York.

Weisz, J.R.; Eastman, K.L. şi McCarty, C.A. (1996), „Primary and secondary control, in East Asia: Comments on Oerter *et al.* (1996)", *Culture and Psychology*, nr. 2, pp. 63-76.

Westen, D. şi Gabbard, G. (2002), „Developments in cognitive neuroscience II: implications for theories of transference", *Journal of American Psychoanalysis Association*, nr. 50, pp. 99-134.

Westen, D. şi Muderrisoglu S. (2003), „Assessing personality disorders using a sistematic clinical interview", *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (4), pp. 351-369.

Westen, D. şi Muderrisoglu, S. (2003), „Assessing personality disorders using a sistematic clinical interview: evaluation of an alternative to structured interview", *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (4) pp. 351-369.

Westen, D. şi Shedler, J. (2000), „A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM-IV", *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (2), pp. 109-126.

Westen, Drew şi Goddbard, Glenn O. (1999), „Psychoanalitic Approaches of Personality", în Pervin A. Lawrence şi John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 57-101.

Widiger, T.A. (1990), „Depresive personality traits and dysthimia: a commentary on Ryder and Bagy", *Journal of Personality Disorders*, nr. 13 (2), pp. 135-141.

Widiger, T.A. (1991a), „Definition, diagnosis and differentiation", *Journal of Personality Disorders*, nr. 5 (1), pp. 41-51.

Widiger, T.A. (1991b), „Personality Disorder Dimensional Models Proposed for DSM-IV", *Journal of Personality Disorders*, nr. 5 (4), pp. 386-398.

Widiger, T.A. (1992), „Categorial versus dimensional classification: implications from and for research", *Journal of Personality Disorders*, nr. 6 (4), pp. 287-300.

Widiger, T.A. (2000), „Personality Disorders in the 21-st Century", *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (1), pp. 3-16.

Widiger, T.A. (2003), „Personality Disorder and Axis I Psychopathology, the problematic Boundery of Axis I and Axis II", *Journal of Personality Disorders*, nr. 17 (2), pp. 90-108.

Widiger, T.A. şi Lynam, D.R. (1989), „Psychopathy and the Five-Factor model of Personality", în Millon T., Simonsen E. şi Birket-Smith M. (eds.) (1998), *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behaviour*, The Guilford Press, New York, pp. 171-187.

Vidiger, T.A. şi Mullins, Sweat S.N. (2005), „Categorial and Dimensional Models of Personality Disorders" în Oldham J.M., Skodol A.E. şi Bender D.S. (eds.), *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing Inc., New York,pp. 35-55.

Vidiger, T.A. şi Weissman, M.M. (1991), „Epidemiology of borderline personality disorder", *Hospital Community Psychiatry*, nr. 42, pp. 1015-1021.

Vidiger, Thomas A. şi Verheul, Roel (1999), „Personality and Psychopathology", în Pervin A. Lawrence şi John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 347-366.

Viggins, J.S. şi Trobst, K.K. (1999), „The field of interpersonal behaviours", în A.L. Pervin, O.P. John (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 653-670.

Viggins, O.P. şi Schwartz, M.A. (1991), „Research into Personality Disorders : the alternatives of dimensions and ideal type", *Journal of Personality Disorders*, nr. 5 (1), pp. 69-81.

Vilberg, T. *et al.* (1998), „Outcomes of pearly functioning patients with personality disorders in a day treatment program", *Psychiatric Services*, nr. 49, pp. 1562-2567.

Vilcox, J.A. (1995), „Divalproex sodium as a treatment for borderline personality disorder", *American Clinical Psychiatry*, nr. 7, pp. 33-37.

Vinston, A. *et al.* (1994), „Short-term psychotherapy of personality disorders", *American Journal of Psychiatry*, nr. 151, pp. 190-194.

Vinter, David G. şi Barenbaum, Nicole B. (1999), „History of Modern Personality Theory and Research", în Pervin A. Lawrence şi John Oliver (eds.), *Handbook of Personality*, Guilford Press, New York, pp. 3-30.

Vittgenstein, L. (2004), *Cercetări filosofice*, Editura Humanitas, Bucureşti.

Vitzig, R. (1996), „The medicalization of race : scientific legitimatization of a flawed social construct", *Ann. Intern. Med.*, nr. 125, pp. 675-679.

Wolin, S. şi Bennett, L. (1984), „Family rituals", *Fam. Process.*, nr. 23, pp. 401-420.

Yalom, I.D. (1995), *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, Basic Books, New York.

Yeomans, F.E. *et al.* (2002), *A Primar of Transference-Focused Psychotherapy for the Borderline Patient*, Jason Aronson, Northvale, NJ.

Young, J.E. (1994), *Cognitive therapy for personality disorders : a schema-focused approach*, Practitioner's Resource Series, Professional Resource Press, Sarasota, Florida.

Young, J.E. *et al.* (2001), „Cognitive Therapy for depression", în Barlow D. (ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, Guilford Press, New York, pp 264-308.

Young, J.E. *et al.* (2003), *Schema Therapy : A Practitioner's Guide*, Guilford Press, New York.

Zanarini, M.C. (2005), *Borderline Personality disorders*, Tayler and Frawis, Boca Raton FL.

Zanarini, M.C. (1993), „Borderline personality as an impulsive spectrum disorder", în Paris J, (ed.), *Borderline Personality Disorder : Ethiology and Treatment*, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 67-86.

Zanarini, M.C. (2000), „Childhood experiences as associated with the development of BPD", *Psychiatric Clinic of North America*, nr. 23, pp. 89-101.

Zanarini, M.C. şi Frankenburg, F. (2001), „Olanzapine treatment of female borderline patients : a double blind placebo controlled pilot study", *Journal of Clinical Psychiatry*, nr. 62, pp. 849-854.

Zanarini, M.C. şi Frankenburg, F.R. (1997), „Pathways to the development borderline personality disorder", *Journal of Personality Disorders*, nr. 11, pp. 93-104.

Zanarini, M.C. ; Gunderson, J.G. ; Frankenburg, F.R. şi Chauncey, D.L. (1989), „The Revised Diagnostic Interview for Borderlines – DIB", *Journal of Personality Disorders*, nr. 3, pp. 10-18.

Zanarini, M.C. ; Skodal A.E. *et al.* (2000), „The collaborative longitudinal personality disorders study : reliability of axis I and axis II diagnoses", *Journal of Personality Disorders*, nr. 14 (4), pp. 291-299.

Zetzel, E. (1968), „The so-called good hysteric", *International Journal of Psycho-Analisis*, nr. 49, pp. 256-260.

Zimmerman M. *et al.* (1986), „ECT response in depressed patients with and without a DSM-III personality disorder", *American Journal of Psychiatry*, nr. 143, pp. 1030-1032.

Zinner, J. (1976), „The implications of projective identification", în Grunebaum H. şi Christ, J. (eds.), *Contemporary Marriage for Marital Interaction in Structure, Dynamics and Therapy*, Little Brown, Boston, MA, pp. 293-308.

Zubin, J. şi Spring, B. (1977), „Vulnerability – A new view of schizophrenia", *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 88, pp. 103-126.

Zuckerman, M. (1999), *Vulnerability to Psychopathology*, American Psychiatric Publication, Washington.

Zuroff, D.C. ; Stotland, S. ; Sweetman, E. ; Craig, J. şi Koestner, R. (1995), „Dependency, self-criticism and social interaction", *British Journal of Clinical Psychology*, nr. 34, pp. 543-553.

*** American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition)*, Washington DC.

*** American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington DC.

*** World Health Organisation (1992), *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*, WHO, Geneva.

În colecţia **Psihologie clinică şi psihoterapie**

au apărut :

José Guimón – *Introducere în terapiile de grup. Teorii, tehnici, programe*

José Guimón, Béatrice Weber-Rouget – *Terapii scurte de grup. Comportamente şi ilustrări clinice*

Şerban Ionescu – *Paisprezece abordări în psihopatologie*

Şerban Ionescu, Marie-Madeleine Jacquet, Claude Lhote – *Mecanismele de apărare. Teorie şi aspecte clinice*

Daniel Marcelli, Élise Berthaut – *Depresie şi tentative de suicid la adolescenţă*

Mircea Lăzărescu, Aurel Nireştean – *Tulburările de personalitate*

în pregătire :

Gavin Andrews, Mark Creamer, Rocco Crino, Caroline Hunt, Lisa Lampe, Andrew Page – *Psihoterapia tulburărilor anxioase. Ghid practic pentru terapeuţi şi pacienţi*